

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

سال چهاردهم شماره ۵۴ تابستان ۱۳۹۸

هم‌سنجی اثربخشی رویکردهای تلفیقی هیجان‌مدار-گاتمن و راهبردی-

راه‌حل‌محور بر بازیابی صمیمیت زناشویی در زوجین متقاضی طلاق

حسین شاهمرادی^۱

مسعود صادقی*^۲

کوروش گودرزی^۳

مهدی روزبهانی^۴

چکیده

در بررسی علت طلاق توجه به علل فردی و روانشناختی از جمله صمیمیت از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. هدف پژوهش حاضر هم‌سنجی اثربخشی رویکردهای تلفیقی هیجان‌مدار-گاتمن و راهبردی-راه‌حل‌محور بر بازیابی صمیمیت در زوجین متقاضی طلاق بود. در این پژوهش از طرح آزمایشی تک‌آزمودنی از نوع خط پایه چندگانه، استفاده شد. جامعه آماری شامل کلیه زوج‌های متقاضی طلاق مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روان‌شناسی و مشاوره‌ای شهر پلدختر بود. در بین جامعه آماری شش زوج (۱۲ نفر) متقاضی طلاق به‌عنوان نمونه آماری با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. درمان با رویکردهای تلفیقی هیجان‌مدار-گاتمن و راهبردی-راه‌حل‌محور در سه مرحله خط پایه، مداخله و پیگیری انجام شد و زوج‌ها به پرسشنامه واکر و تامپسون (۱۹۸۳) پاسخ دادند. داده‌ها به روش ترسیم دیداری، شاخص تغییر پایا (RCI) و فرمول درصد بهبودی تحلیل شدند. نتایج نشان داد که هر دو رویکرد بر هدف‌های درمان تأثیر داشته‌اند، اما رویکرد تلفیقی هیجان‌مدار-گاتمن در رسیدن به هدف‌های درمان معنادارتر و موفق‌تر بوده است. بنابر این، نتیجه گرفته می‌شود که برای بازیابی و افزایش صمیمیت در زوجین متقاضی طلاق، می‌توان از رویکرد تلفیقی هیجان‌مدار-گاتمن در جلسات درمانی و مشاوره‌ای استفاده کرد.

واژگان کلیدی: رویکرد تلفیقی، رویکرد هیجان‌مدار-گاتمن، رویکرد راهبردی؛ راه‌حل‌محور، صمیمیت زناشویی؛ طلاق

۱- گروه روانشناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران

۲- گروه روانشناسی، دانشگاه لرستان، لرستان، خرم‌آباد، ایران (نویسنده مسئول)

۳- گروه روانشناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران

۴- گروه رفتار حرکتی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران

مقدمه

وَمِنْ آيَاتِهِ أَنْ خَلَقَ لَكُمْ مِنْ أَنْفُسِكُمْ أَزْوَاجًا لِتَسْكُنُوا إِلَيْهَا وَجَعَلَ بَيْنَكُمْ مَوَدَّةً وَرَحْمَةً^۱ (و از نشانه‌های خدا آن است که از جنس خودتان همسرانی برای شما آفرید تا در کنارشان آرامش یابید و میان شما دوستی و رحمت قرار داد). نظام خانواده در زمره مهمترین نظام‌های اجتماعی است که بر اساس ازدواج^۲ بین دو جنس شکل می‌گیرد (پناهی، کاظمی‌جمارانی، عنایت‌پور شهر بابکی، رستمی، ۱۳۹۶). ازدواج نوعی پیوند اجتماعی صمیمانه و عمیق میان زن و شوهر است که می‌تواند منشأ خوشی و شادمانی و یا رنجی عمیق برای آن‌ها شود (خجسته‌مهر، ۱۳۹۴). ازدواج یک رابطه صمیمانه، اختیاری، همراه با تعهد و در حال دگرگونی است (هاروی، ۲۰۰۵). هر فرد در اعماق روان خود نیاز به شخصی دارد تا او را درک کند و از صمیم دل او را عزیز بدارد، کسی که نیازهای او را بشناسد، به تفاوت‌ها به خوبی واقف باشد و کسی که بتواند پاسخ‌گوی مناسبی به نیازهای عاشقانه او باشد. عشق و محبت از کیفیتی برخوردار است که می‌تواند بسیاری از تنش‌های میان زوجین را محو کرده، برخورد محوری‌ها سرپوش بگذارد. (صادقی، احمدی، بهرامی، اعتمادی، پورسید، ۱۳۹۲). افراد ازدواج را به‌عنوان صمیمانه‌ترین رابطه بزرگسالی محسوب می‌کنند، رابطه‌ای که برای آن‌ها منبع اصلی عاطفه و حمایت است (مونته‌سی، کونر، گوردون، فابور، کیم و هیمبرگ^۳، ۲۰۱۳).

مک‌کی^۴ (۲۰۰۷) اظهار می‌دارد که ازدواج همیشه با امید فراوان آغاز می‌شود، امید به اینکه روزی کاملاً شناخته و پذیرفته شویم، امید به تعلق خاطر، حمایت‌کردن و حمایت‌شدن، امید به عشقی عمیق و پیوندی ماندگار. اما از آن‌جایی که ما انسانیم نه خدا، این امید در تضاد با واقعیت‌های زندگی قرار می‌گیرد، نیازها باهم نمی‌خوانند، عصبانیت باعث جدایی و طلاق می‌شود (کریمیان، ۱۳۹۶). طلاق^۵، پدیده‌ای چندعاملی است که بر فرد و خانواده آثار مخربی دارد و در ابعاد اجتماعی موجب ناهنجاری‌های بسیاری می‌شود (برناردی و پاستور^۶، ۲۰۱۱؛ قدسی، ۱۳۹۷). طلاق، رابطه قوی با افزایش مشکلات روانی، کاهش سلامت فیزیکی و افت موقعیت اجتماعی و اقتصادی برای همه افراد درگیر دارد (گاتمن، ۲۰۱۳؛ خجسته‌مهر،

سوره روم، آیه ۲۱-۱

3- Montesi, Conner, Gordon, Fauber, Kim, & Heimberg
5- divorce

2- Marriage

4- Mckay

6- Bernardi & Pastor

محمدی، سودانی، عباس‌پور، ۱۳۹۷). آمارها نشان می‌دهند که طلاق در چند سال گذشته در حال افزایش است. این وضعیت نشانگر تغییرات عمده در ساختار نهاد خانواده می‌باشد (خاکی، فرحبخش، معتمدی، اسمعیلی، سلیمی بجزستانی، ۱۳۹۶). در ایران در سال ۱۳۹۴ نسبت ازدواج به طلاق ۴/۲، در سال ۱۳۹۵، ۳/۹ و در سال ۱۳۹۶ این نسبت، ۳/۶ بود (سازمان ثبت احوال ایران، ۱۳۹۶، ۱۳۹۵، ۱۳۹۴). رشد کمی و کیفی این پدیده در جامعه ایرانی، به یکی از مسائل اجتماعی جدی تبدیل شده، به طوری که امروزه دیگر واژه طلاق قُبْح گذشته را ندارد و افراد آن را به عنوان یک انتخاب فردی در نظر می‌گیرند. طلاق یا متقاضی طلاق^۱ بودن یکی از شاخص‌های معتبر تعارض زناشویی در روابط زناشویی و گسستگی عاطفی بین زوجین است. زوجین متقاضی طلاق ارتباط منفی‌تری با همدیگر دارند، دارای رابطه زناشویی نابسامان بوده و به آشفتگی در آینده دچار می‌شوند. همچنین زوج‌های متقاضی طلاق در تعاملات زناشویی از هیجان‌ات منفی بیش از هیجان‌ات مثبت استفاده می‌کنند (گاتمن و گاتمن^۲، ۲۰۱۷).

در بررسی علت طلاق توجه به علل فردی و روان‌شناختی از جمله صمیمیت از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. صمیمیت، تجربه عاطفی در ارتباطی توأم با اشتیاق و خودافشایی است (جانسون، ۲۰۰۵). سوبرال، تیکسرا و کاستا^۳ (۲۰۱۵) صمیمیت را به‌عنوان رویدادی ارتباطی تعریف می‌کنند که در آن بی‌پرده‌گویی واقعی با همدلی پاسخ داده می‌شود. آن‌ها خاطر نشان ساخته‌اند که این بی‌پرده‌گویی ممکن است حس آسیب‌پذیری شخص را افزایش دهد، اما افراد برای کسب صمیمیت، لزوماً باید خطر نشان دادن آسیب‌پذیری‌شان به طرف مقابل را بپذیرند. کسانی که از آسیب‌پذیری می‌ترسند، به احتمال زیاد از صمیمیت نیز خواهند ترسید، و ممکن است این افراد مشکلات بیشتری را در روابط مهم‌شان تجربه کنند (فیلیپس^۴، ویلموت، وال، پترسون، باکلی و فیلیپس، ۲۰۱۳). صمیمیت، یکی از نیازهای اساسی بشر برای حفظ سلامت روانی و سازگاری روان‌شناختی محسوب می‌شود (دسکاتنر و تالن^۵، ۱۹۹۱). روابط خیلی صمیمانه منبع مهمی برای شادی فردی و حس معنا در زندگی

1- applicants for Divorce
3- Sobra, Matos & Costa
5- De scutner & Thelen

2- Gottman & Gottman
4- Phillips

است (بارتولومئو^۱، ۱۹۹۰). در مقابل، کمبود صمیمیت با افسردگی، عزت‌نفس پایین، اضطراب و رضایت ارتباطی پایین مرتبط است (دسکاتر و تلن، ۱۹۹۱، پیلج^۲، لوتینجین، آریندل، ۲۰۰۵).

در جامعه امروزی زوجها در برای برقراری و حفظ روابط صمیمی به مشکلات شدید و فراگیری دچارند (برنشتاین و برنشتاین، ترجمه پورعابدی، ۱۳۸۴) و اغلب جهت برقراری مجدد سطوح اعتماد و رضایت در رابطه خود، به‌ویژه موضوعات مربوط به پیوندهای ارتباطی - هیجانی با افراد مهم زندگی، برای درمان مراجعه می‌کنند (جانسون و گرینبرگ، ۱۹۸۵). صمیمیت خاطر نشان می‌کند که ما قادریم بخش‌های مهمی از خودمان را با دیگران سهیم شویم. در روابط صمیمانه‌ای که همدلی، صداقت، خودافشایی، اشتیاق، صراحت و وضوح گفتاری وجود دارد، افراد عموماً به شباهت‌هایی که با یکدیگر دارند پی برده، علاوه بر لذتی که فی‌نفسه از بودن در رابطه صمیمانه می‌برند، به پالایش روانی و تجربه حس همبستگی با دیگری نیز دست می‌یابند (کوری و کوری، ۱۹۹۶؛ نقل از حسینی، ۱۳۹۰).

افرادی که مشکل صمیمیت دارند اغلب به‌دنبال مشاوره زناشویی هستند. افزایش و بهبود صمیمیت اغلب یکی از اهداف زوج درمانی است (لاورنس^۳، بارت، راوین، ۲۰۰۵). نیروهای ایجادکننده علاقه و پیوند که در صمیمیت نهفته‌اند، همیشه زوجها را با ابزارهایی جهت حل تعارضات، تجهیز می‌کنند. زوجها باید راه‌های جدید برقراری صمیمیت را فراگیرند. زمانی که زوجها در انجام این امر شکست می‌خورند، صمیمیت و تعهد متقابل گسسته می‌شود. در این زمان باید اساس صمیمیت زوجها اصلاح شود. اصلاح صمیمیت نیازمند بررسی پویایی‌های درون‌روانی و بین‌فردی است (سیگل، ۱۹۹۲). واژه صمیمیت اغلب برای اشاره به حس کلی همسران از نزدیکی به یکدیگر استفاده شده است (یو، بارتل - هارینگ، دی و گانگاما^۴، ۲۰۱۴). پایه صمیمیت زمانی گذاشته می‌شود که زن و شوهر علاوه بر رسیدن به خودآگاهی، با خودافشایی^۵ نیز راحت باشند (دوبا، هاگی، لارا و بروک^۶، ۲۰۱۲). صمیمیت زمانی آشکار می‌شود که ازدواج کارکرد خوبی داشته باشد و فقدان صمیمیت

1- Bartholomew
3- Laurenceau
5- self-disclosure

2- Pielage
4- Yoo, Bartle-Haring, Day, & Gangamma
6- Duba, Hughey, Lara & Burke

حاکمی از این است که رابطه زناشویی عملکرد ضعیفی دارد. با کاهش صمیمیت زناشویی، امید به زندگی کاهش یافته و در نتیجه ناسازگاری افزایش می‌یابد و نارضایتی بیشتری حاصل می‌شود و همین مشکلات از مقدمات طلاق و جدایی محسوب می‌شوند (ورثینگتون، ۱۹۹۸). الدن و تیلور^۱ (۲۰۱۳) معتقدند که اگر نگرش‌های صمیمانه در زندگی زوجین پایین باشد موجبات تعاملات نامناسب در زندگی شده و رضایت و شادمانی در روابط مختل می‌گردد که می‌تواند منجر به طلاق در زوجین گردد (دشت‌بزرگی، ۱۳۹۶).

امروزه درمانگران با موضوعات گوناگون و پیچیده‌ای در ساختارهای خانوادگی و زوجی مواجه هستند و درمان‌های تک‌بعدی به تنهایی نتوانسته‌اند روابط خانوادگی را با همه پیچیدگی‌های آن در نظر بگیرند (هالفورد و اسنایدر^۲، ۲۰۱۲). در سال‌های اخیر تلاش‌هایی برای تلفیق مؤلفه‌های خاص از رویکردهای مختلف به یک روش منظم و در یک مدل منسجم و یکپارچه انجام شده است (اسنایدر^۳، کاستلانی، ویسمن، ۲۰۰۶). رویکردهای تلفیقی^۴ دارای مزایای منحصر به فردی از جمله ایجاد پایه وسیع‌تری از مداخله و انعطاف-پذیری در درمان مراجعان هستند (لبو^۵، ۱۹۹۷). رویکردهای تلفیقی هیجان‌مدار-گاتمن^۶ و راهبردی-راه‌حل‌محور^۷ از جمله رویکردهایی هستند که کاربردهای زیادی در حل مشکلات زوجین دارند. دیوید^۸ (۲۰۱۵)، در مقاله‌ای تحت عنوان "پیوند رویکردهای گاتمن و جانسون به یک مدل تلفیقی" نشان می‌دهد که چگونه رویکردهای گاتمن و جانسون با هم همپوشی دارند و چگونه این دو رویکرد می‌توانند به یک مدل زوج‌درمانی جامع‌تر تبدیل شوند. این دو رویکرد براساس و مبانی رویکرد وجودی-انسان‌گرایی استوار می‌باشند و برآگاهی و توجه به اینجا و اکنون و دسترسی به هیجان‌ات برای افزایش صمیمیت و کیفیت روابط زوجین تمرکز دارند. به‌علت نقاط مشترک بسیاری که این دو رویکرد دارند، در این پژوهش در قالب یک مدل تلفیقی بیان شده‌اند. عنصر کلیدی برای تلفیق این دو رویکرد، تأکید هر دو رویکرد بر اهمیت و نقش مهم عاطفه منفی در پریشانی رابطه است (گاتمن، ۱۹۹۹؛ جانسون، ۲۰۰۴؛

1- Alden & Teylor

3- Snyder & et al

5- Lebow

7- Integrated Strategic- Solution Focused Approach

2- Halford & Snyder

4- integrated approaches

6- Integrated Gottman-Emotional Focused

Approach

8- David

جانسون و گرینبرگ، ۱۹۹۴). دلیل و علت عمده استفاده از رویکرد تلفیقی هیجان‌مدار و گاتمن در پژوهش حاضر استفاده از مزایای این دو رویکرد می‌باشد. از فرض رایج و مشترک دیگر این دو رویکرد این است که مشکلات زناشویی از طریق الگوهای معمولاً تکراری در رابطه رخ می‌دهد (گاتمن، ۱۹۹۹؛ جانسون، ۲۰۰۴). با تلفیق این دو رویکرد هم به بُعد هیجانی (مدل هیجان‌مدار)، و هم به بُعد رفتاری (مدل گاتمن) توجهی خاص می‌شود. امروزه گاتمن و جانسون^۱ از شخصیت‌های مؤثر زوج‌درمانی شناخته شده‌اند (میونیر^۲، ۲۰۱۳) که برنامه‌های آموزشی متنوعی برای تقویت روابط زوجین ابداع کرده‌اند. جانسون و گاتمن تأثیر کار یکدیگر را بر روی مدل‌های مربوط به خود، در منابع مختلف تصدیق کرده و به رسمیت شناخته‌اند. همانند رویکرد هیجان‌مدار، زوج‌درمانی گاتمن نیز هیجان‌مدار، تجربی و متمرکز بر مکان و زمان حال است (جانسون، ۲۰۰۸؛ جانسون و گرینبرگ^۳، ۱۹۹۴؛ گاتمن و گاتمن، ۲۰۰۸).

هدف عمده رویکرد هیجان‌مدار کمک به زوجین برای شناسایی و ابراز نیازها و احساسات خود و تغییر دلبستگی نایمن به دلبستگی ایمن (جانسون، ۲۰۰۳) و تمرکز آن بر بُعد هیجانی است. تحقیقات نشان داده که درمان هیجان‌مدار (EFT) یک درمان مؤثر برای زوجین متعارض است. بیش از ۷۰ درصد از زوج‌هایی که درمان هیجان‌مدار دریافت می‌کنند از علائم ناراحتی رابطه بهبود می‌یابند؛ تا ۹۰ درصد گزارش‌ها نشان می‌دهد روابط آن‌ها بهبود می‌یابد. بیش از ۲۵ سال تحقیق، مزایای درمان هیجان‌مدار را برای زوج‌هایی که با دیگر چالش‌ها مانند افسردگی، اختلالات جنسی، قرار گرفتن در معرض آسیب و سرطان پستان مواجه هستند، ثبت کرده‌اند (برادلی و فاروو^۴، ۲۰۱۳). از سوی دیگر، مدل گاتمن با تکیه بر مجموعه پروتکل‌ها و تمرینات ساختاریافته به مراجعان برای افزایش مهارت‌های اجتماعی (گاتمن و سیلور^۵، ۲۰۱۲) در تغییر رفتار مراجعان کمک فراوانی می‌کند و تمرکز اصلی آن بر بُعد رفتاری می‌باشد (مدنی و همکاران، ۲۰۱۷). مدل زوج‌درمانی خاصی که توجه قابل ملاحظه‌ای را در دهه گذشته کسب کرده و به شیوه‌ای اثربخش بسیاری از مسائل زوجین را درمان کرده، زوج‌درمانی گاتمن است (گاتمن، ۱۹۹۹). هدف زوج‌درمانی

1- Gottman & Johnson
3- Greenburg
5- Silver

2- Meunier
4- Brent Bradley & James Furrow

گاتمن بازسازی رابطه و تقویت رفاقت زناشویی است، تا از این رهگذر، به زوجها کمک نماید تا مدیریت تعارض و معنای داشتن حس مشترک در رابطه را بیاموزد (گاتمن و سوانسون، ۲۰۰۲). طبق نظریه گاتمن، وجود چهار سوار سرنوشت با شدت بالا در رابطه با ۸۶ درصد اطمینان پیش‌بینی‌کننده طلاق است. در این پژوهش از آموزش مفاهیم کلیدی مدل گاتمن مانند هفت خانه امن رابطه^۱، شناسایی و ریشه‌کن کردن چهار سوار آخرالزمان^۲ (انتقاد، تحقیر، جبهه‌گیری و دیوار سنجی)، شاخص‌های طلاق، نقشه عشق و محبت (گاتمن، ۲۰۰۸) و از مفاهیم رویکرد هیجان‌مدار؛ شناسایی چرخه تعاملات منفی و احساسات زیربنایی و ابرازنشده، انواع سبک دلبستگی، آشنایی با انواع الگوهای مکالمات شیطانی (جانسون، ۲۰۰۳) استفاده گردید.

رویکرد تلفیقی دیگر در این پژوهش، رویکرد راهبردی-راه‌حل‌محور می‌باشد که از تلفیق دو رویکرد درمانی راهبردی و زوج‌درمانی راه‌حل‌محور توسط کوئیک^۳ به‌وجود آمده است (هاروی^۴، ۲۰۰۵؛ ترجمه احمدی، ۱۳۹۵). از طریق دو روش کلی ذیل، درمان راهبردی و راه‌حل‌مدار با یکدیگر ادغام شده‌اند: الف) ادغام تمرکز درمان راهبردی بر «توضیح دقیق مشکل» با تمرکز درمان راه‌حل‌مدار بر «بررسی مفصل راه‌حل‌ها» ب) ادغام توجه درمان راه‌حل‌مدار بر «بسط و تفصیل کارهایی که مؤثر هستند» با تأکید درمان راهبردی بر «توقف کارهایی که مؤثر نیستند». در این مدل تلفیقی، توصیف دقیق مشکل، باعث تکمیل توصیف راه‌حل‌ها شده و آن‌ها را بهبود می‌بخشد؛ از طرفی، شرح و تفصیل راه‌حل‌های موفق منجر به افزایش آن‌ها و توقف راه‌حل‌های ناموفق می‌شود. ایجاد توازن بین نیازهای مراجع به تغییر و پذیرش، سخن گفتن به زبان مراجع، سروکار داشتن با تردید و مسائل غامض زندگی که نگرانی‌های جهانشمول مراجعان است، در این رویکرد مورد توجه قرار گرفته است (کوئیک؛ ۲۰۰۸؛ ترجمه شاهمرادی و همکاران، ۱۳۹۵). رویکرد راهبردی-راه‌حل‌مدار؛ اصول، روش‌ها و نگرش‌های دو رویکرد راهبردی و راه‌حل‌محور را با هم ترکیب می‌کند. این مدل در اوایل دهه ۱۹۹۰ پدیدار شد. در رویکرد تلفیقی راهبردی-راه‌حل‌محور یک «تئوری سه‌بخشی» وجود دارد: ۱- مشکل چیست؟ «اگر مشکل خیلی وخیم نیست، آن را

1- Sound Relationship House
3- Ellen K. Quick

2- Horsemen of the Apocalypse
4- Michele Harway

رها کنید." ۲- اگر کاری مؤثر است، آن را بیشتر انجام بده. ۳- اگر مؤثر نیست، آن را متوقف کن و کار متفاوتی انجام بده (کوئیک، ۲۰۱۲). روان‌درمانی راهبردی-راه‌حل‌محور، تأکید درمان کوتاه مدت راهبردی بر روشن‌سازی مشکل را با تأکید درمان راه‌حل‌مدار بر گسترش راه‌حل‌ها ترکیب می‌کند. به‌علاوه، این رویکرد تأکید درمان راه‌حل‌محور بر «انجام آنچه مؤثر است» را با تأکید درمان راهبردی بر «تغییر آنچه مؤثر نیست» با یکدیگر ادغام می‌کند. موضعی که کوئیک (۲۰۰۸) اتخاذ کرده این است که یک ادغام برنامه‌ریزی شده از درمان راهبردی و راه‌حل‌محور، کار ارزشمندی است و از آنچه هرکدام از مدل‌ها به‌طور جداگانه ارائه می‌کنند، فراتر می‌رود. درمانگران راهبردی-راه‌حل‌محور با انتخاب روش‌های درمانی‌ای که بیشترین فایده را برای یک موقعیت خاص دارد، به استفاده توأمان از این دو رویکرد توجه می‌کنند. به‌علاوه، ادغام این مدل‌ها می‌تواند برخی از مشکلات ناشی از استفاده جداگانه از آن‌ها را حل کند (کوئیک؛ ۲۰۰۸، ترجمه شاهمرادی و همکاران، ۱۳۹۵). مارک (۲۰۰۷)، یک رویکرد تلفیقی راهبردی-راه‌حل‌محور و هیجان‌مدار را پیشنهاد می‌کند. این رویکرد بر بازسازی دلبستگی در زوجین دارای روابط فرازناشویی و اجتناب از قضاوت سطحی تمرکز می‌کند (گوردون، باکوم و اسناپدر، ۲۰۰۴).

از آنجا که سنگ بنای خانواده، ازدواج است و ازدواج یک رابطه صمیمانه است که در آن به واسطه صمیمیت، نیاز عاطفی زوجین برآورده شده و با شروع ازدواج و ایجاد رابطه زناشویی، صمیمیت به متغیری مهم در روابط زناشویی بدل می‌شود. به‌همین دلیل مشکلات در زمینه صمیمیت، یکی از مهم‌ترین دلایل افراد برای مراجعه جهت دریافت مشاوره زناشویی است و افزایش صمیمیت اغلب به‌عنوان یکی از اهداف زوج‌درمانی و مشاوره زناشویی در نظر گرفته می‌شود (لارنسی، بارت و راوین، ۲۰۰۵). از این رو، نیاز به برقراری و حفظ پیوند و روابط نزدیک با دیگران به‌عنوان انگیزه اساسی و بنیادی بشر قلمداد می‌شود (بشارت، ۱۳۹۱). با توجه به مطالب فوق‌الذکر و اثربخشی ۹۰ درصدی رویکرد هیجان‌مدار بر بهبود مشکلات زوجین (برادلی و فاروو، ۲۰۱۳)، تأثیر رویکرد گاتمن بر کاهش مشکلات زوجین (گاتمن، ۱۹۹۹) و اثربخشی درمان راهبردی-راه‌حل‌محور بر تصحیح طلاق و ایجاد امید (الن کوئیک، ۲۰۰۸)، و اهمیت شناخت مؤثرترین درمان‌ها در افزایش صمیمیت زوجین،

و اینکه در تمام پژوهش‌هایی که تاکنون انجام شده، هیچگاه اثربخشی رویکردهای تلفیقی هیجان‌مدار-گاتمن و راهبردی-راه‌حل محور به‌صورت تأمین در کشور ما در حوزه زوج-درمانی و خانواده‌درمانی مورد بررسی قرار نگرفته و برای اولین بار است که به‌صورت تلفیقی اثربخشی این رویکردها بر صمیمیت زوجین مورد آزمایش و مقایسه قرار گرفته؛ بنابراین، مطالعه و بررسی این موضوع ضروری به‌نظر می‌رسد. بر این اساس، هدف پژوهش حاضر این است که اولاً اثربخشی رویکرد تلفیقی هیجان‌مدار-گاتمن را به‌طور جداگانه بر روی متغیر بازیابی صمیمیت زناشویی در یک گروه از زوجها مورد آزمون قرار دهد. ثانیاً اثربخشی رویکرد تلفیقی راهبردی-راه‌حل‌محور را به‌طور مجزا بر روی این متغیر در گروه دیگر از زوجها مورد آزمون قرار دهد. در نهایت، اثربخشی دو رویکرد تلفیقی مذکور بر بازیابی صمیمیت زناشویی در زوجین متقاضی طلاق با هم مقایسه گردد.

فرضیه‌های پژوهش

روش

در این پژوهش از طرح آزمایشی یا تک‌آزمودنی^۱ (گال، بورگ و گال، ۱۳۹۶) و از نوع آزمایش بالینی و خط پایه چندگانه^۲، استفاده شد. جامعه آماری شامل تمامی زوج‌های متقاضی طلاق مراجعه‌کننده به کلینیک‌های مشاوره‌ای شهر پلدختر در سال ۱۳۹۷ بود. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، از جامعه مذکور ۶ زوج انتخاب و به‌صورت تصادفی ساده در دو گروه آزمایش با رویکرد تلفیقی هیجان‌مدار-گاتمن، ۳ زوج (۶ نفر)، و گروه آزمایش با رویکرد تلفیقی راهبردی-راه‌حل‌محور، ۳ زوج (۶ نفر) جایگزین شدند. ملاک‌های ورود زوجین به فرآیند پژوهش: ۱- زوج‌های متقاضی طلاق قانونی ۲-زوجینی که حداقل دو سال از زمان ازدواج‌شان گذشته باشد. ۳- نداشتن سابقه اختلال روانی بر اساس مصاحبه بالینی و استفاده از آزمون شخصیت MMPI ۴- داشتن حداقل مدرک تحصیلی دیپلم ۵- سن حداقل ۲۰ و حداکثر ۴۵ سال. معیارهای خروج افراد نمونه: ۱-زوجین متقاضی طلاق قانونی نباشند. ۲- مصرف داروی تجویز شده توسط روانپزشک ۳- سوء مصرف یا وابستگی به مواد مخدر و الکل ۴- اختلال حاد روانی-شخصیتی ۵- سایر اختلالات بالینی محور I ۶- اختلال

1- Single subject experiment

2- Multiple baseline

سایکوتیک قبل از شروع جلسات مداخله به همه زوج‌های شرکت‌کننده، فرم رضایت آگاهانه داده شد تا در جریان اهداف پژوهش قرار گیرند. بعد از مصاحبه تشخیصی و مشخص کردن افرادی که ملاک‌های ورود را داشتند، زوجین به صورت تصادفی در یکی از دو گروه رویکرد تلفیقی هیجان‌مدار-گاتمن و رویکرد تلفیقی راهبردی-راه‌حل‌محور گمارده شدند. برای اجرای روش درمانی ابتدا زوج اول در هر دو گروه وارد طرح درمان شدند و در هر مرحله خط پایه ابزار پژوهش بر روی زوج اول اجرا شد. برای کنترل متغیرهای مداخله‌گر احتمالی طبق اصول طرح‌های خط پایه چندگانه در جلسه دوم زوج‌های اول، زوج دوم هر دو گروه وارد درمان شدند و به همین ترتیب در جلسه سوم زوج‌های اول و جلسه دوم زوج‌های دوم، طرح درمان برای زوج سوم هر دو گروه اجرا شد. سپس درمان به مدت ۱۰ جلسه هفتگی برای گروه رویکرد تلفیقی هیجان‌مدار-گاتمن و ۸ جلسه برای گروه رویکرد تلفیقی راهبردی-راه‌حل‌محور اجرا شد. ابزار پژوهش در جلسات ۱، ۵ و ۱۰ برای گروه رویکرد تلفیقی هیجان‌مدار-گاتمن و جلسات ۱، ۴ و ۸ برای گروه رویکرد تلفیقی راهبردی-راه‌حل‌محور ارائه و تکمیل شد. به منظور پیگیری^۱ نیز زوج‌ها تا سه ماه پس از جلسات مداخله در سه نوبت مورد پیگیری و ارزیابی دوباره قرار گرفتند. شرح جلسات مشاوره‌ای هر دو رویکرد در جدول‌های ۱ و ۲ به صورت خلاصه در ذیل می‌آید:

جدول (۱) جلسات مشاوره‌ای رویکرد تلفیقی هیجان‌مدار-گاتمن^۲

جلسه اول: برقراری ارتباط حرفه‌ای و همدلانه، آشنایی با زوجین و سؤال درباره انتظارات آنها از یکدیگر و از شرکت در جلسات، ارزیابی اولیه از نقاط قوت و ضعف رابطه زناشویی، بیان اهداف و قوانین جلسات درمان، اجرای پرسشنامه صمیمیت به‌عنوان پیش‌آزمون
جلسه دوم: آشنایی با انواع سبک دلبستگی، چرخه تعاملات منفی، کاهش تبادلات رفتاری منفی و افزایش تبادلات رفتاری مثبت، شناسایی احساسات زیربنایی و ابراز نشده، پردازش تعارضات
جلسه سوم: خلاصه‌ای از مفاهیم EFT، آشنایی با مفاهیم ^۳ A.R.E، آموزش مهارت‌های حل تعارض،
جلسه چهارم: آشنایی با انواع الگوهای مکالمات شیطانی ^۴
جلسه پنجم: آشنایی با مفهوم موقعیت‌های خام و اهمیت شناسایی این موقعیت‌ها، بازنگری لحظه سخت ^۵
جلسه ششم: آشنایی با شاخص‌های طلاق و "چهار سوار آخرالزمان"، آشنایی با سبک شروع مشاجرات

1- follow up

3- Accessibility, Responsiveness, Engagement

5- Revisiting a Rocky Moment

2- اقتباس از دکتر یاسر مدنی وهمکاران (۱۳۹۶) با اندکی تغییر

4- Demon Dialogues

ادامه جدول (۱)

جلسه هفتم: آشنایی با مشخصات ازدواج موفق، هفت اصل خانه امن، نقشه عشق و محبت^۱ (اصل اول)، اشتراک گذاشتن علاقه، تحسین و قدردانی (اصل دوم)، نزدیک شدن به جای فاصله‌گرفتن از یکدیگر (اصل سوم)

جلسه هشتم: پذیرش نفوذ همسر و عواطف مثبت بر روابط (اصل چهارم)، آموزش شیوه‌های رفع مشکلات قابل حل (اصل پنجم)

جلسه نهم: راه‌های غلبه بر مشکلات دائمی و احترام به رؤیاهای زندگی همسر (اصل ششم)، ایجاد معنای مشترک (اصل هفتم)، ایجاد یک سری آداب و رسوم رسمی و غیررسمی برای برقراری رابطه باهم

جلسه دهم: تسهیل ابراز نیازها و خواسته‌ها و راه‌حل‌های جدید برای مشکلات قدیمی و التیام جراحات با استفاده از سه مؤلفه A.R.E و تحکیم موقعیت‌های جدید و چرخه تعاملی مثبت؛ بحث در مورد چگونگی تثبیت یادگیری‌ها و تغییرات ایجاد شده. ارائه خلاصه‌ای از جلسات، اجرای پس‌آزمون، اشاره به در دسترس بودن درمان برای نیاز احتمالی در آینده و توضیح زمان و تاریخ جلسات پیگیری.

پروتکل جلسات رویکرد تلفیقی راهبردی - راه‌حل‌محور بر اساس مباحث کتاب کوئیک، الن کافمن (۲۰۰۸)، ترجمه شاهمرادی و همکاران (۱۳۹۵) و کتاب خارجی کوئیک، الن کافمن (۲۰۱۲) توسط محقق تدوین شد که به وسیله چند متخصص مشاوره و روانشناسی مورد تأیید قرار گرفت.

جدول (۲) جلسات مشاوره‌ای رویکرد تلفیقی راهبردی - راه‌حل‌محور

جلسه اول: معارفه، ایجاد رابطه، آشنانمودن زوجین با پژوهش، تدوین اهداف، قواعد و اصول درمانی. هدف: تعیین و تشریح اهداف و قوانین جلسات و چگونگی روند پژوهش، ایجاد انگیزه و اعتماد در جلسه درمانی. روش: اجرای پرسشنامه صمیمیت به‌عنوان پیش‌آزمون. بیشتر وقت جلسه اول، صرف آشنا ساختن زوجین با اهداف و برنامه‌های درمانی می‌شود. تکلیف درون جلسه: تعیین موارد مثبتی که زوجین متمایل‌اند در زندگی تداوم یابد. تکلیف میان جلسات: اندیشیدن زوجین به مشکلات روزمره. زوجین جلسه بعد اهداف خود از شرکت در درمان را یادداشت کنند.

جلسه دوم: تمرکز بر زمان حال. تبدیل مشکل به اهداف قابل حصول، حمایت از زوجین و کارکردن روی نقش‌ها. هدف: زوجین اهداف خود را به صورت مثبت، ملموس و عینی تدوین کنند. بررسی علل مشکل، ایجاد روحیه احساس مسئولیت. روش: بررسی تکالیف. گفتگو درباره تغییرات (مثبت یا منفی) که زوجین هفته قبل در روابط،

جلسه چهارم: تشخیص استثنائات مثبت در زندگی، اصلاح مرزبندی‌ها، تعیین محدودیت‌ها. هدف: کمک به زوجین در جهت یافتن استثناها، ایجاد امید در جهت تغییر و مقابله با مشکل. توضیح مرزها و شیوه‌های برخورد صحیح با یکدیگر. روش: بررسی تکالیف، گفتگوی زوجین درباره چگونگی به‌کارگیری توانایی‌ها برای

حل تعارضات و ایجاد صمیمیت. تکلیف درون جلسه‌ای: از زوجین خواسته می‌شود با روش «به کاری که موثر

1- Love Maps

ادامه جدول (۲)

است ادامه بده» توانایی‌هایشان را به خود یادآوری کنند. تکلیف میان‌جلسات: شناسایی مواقعی که مشکلات و تعارضات وجود ندارد. تشخیص لحظات استثنائی مثبت در زندگی.

جلسه پنجم: استفاده از فن بازتعبیر، پرسش معجزه‌آسا و پرسش مقیاسی. هدف: بر هم زدن الگوهای رفتاری مختل. گفتگو برای القای تغییر شناختی در زوجین با بهره‌گیری از پرسش معجزه‌آسا. روش: بررسی تکلیف. درخواست از زوجین برای تعریف موقعیت‌های مشکل‌زا و گفتگو در مورد پرسش معجزه‌آسا.

تکلیف درون‌جلسه‌ای: بحث درباره استثناءها و برجسته‌سازی راه‌حل‌های مناسب، پرسیدن سوال معجزه. تکلیف میان‌جلسات: یادداشت موقعیت‌های مشکل‌زا، تفکر در مورد پرسش معجزه‌آسا، شناسایی راه‌حل‌های موثر

جلسه ششم: استفاده از فن اعداد، متفاوت بودن، یافتن راه‌های متفاوت برای احساس، تفکر و رفتار. هدف: استفاده از فن اعداد، متفاوت بودن از لحاظ رفتار، تفکر و عواطف. تجربه‌کردن احساسات جدید با استفاده از واژه مهم «به-جای». روش: بررسی تکلیف، بازتعریف مشکل توسط مشاور، آموزش فنون راهبردی-راه‌حل‌محور، تمرین گفتگوی مثبت به جای گفتگوی مشکل‌مدار. تکلیف درون‌جلسه‌ای: بحث درباره پاسخ درمانجویان به سوال معجزه، تأکید بر عملی کردن راه‌حل‌ها با استفاده از واژه "به‌جای" و جایگزین کردن افکار، احساسات و رفتار مناسب به جای افکار، احساسات و رفتار مشکل‌ساز. تکلیف میان‌جلسات: یافتن افکار، احساسات و رفتارهایی متفاوت، بررسی تأثیر آنها در زندگی شخصی و اجتماعی.

جلسه هفتم: استفاده از شاه‌کلیدها، بحث و گفتگو راجع به مقاومت‌ها. هدف: منحرف ساختن شخص از الگوهای رفتاری ناسالم و کهنه تا از آنها پیروی نکند، آشنایی با علل مقاومت‌ها. روش: بررسی تکلیف قبلی، به‌کارگیری سه تا پنج فن مداخلاتی معروف به شاه‌کلیدها. تکلیف درون‌جلسه‌ای: در مورد فنون شاه‌کلید با زوجین گفتگو و تمرین می‌شود. تکلیف میان‌جلسات: اجرای فنون شاه‌کلیدها و تهیه فهرستی از نشانه‌های تعارضات زناشویی و صمیمیت

جلسه هشتم: بررسی تغییرات سازنده و تثبیت آنها، ارزیابی از مداخلات، جمع‌بندی و نتیجه‌گیری. هدف: آشنایی و یادگیری نحوه تعیین هدف، خردکردن هدف و دستیابی به اهداف خرد. تثبیت تغییرات، جمع‌بندی تغییرات. روش: بررسی تکلیف، بحث در مورد چگونگی تثبیت تغییرات ایجاد شده. استفاده از سؤال درجه‌بندی، و جمع‌بندی جلسات. تکلیف درون‌جلسه‌ای: بحث درباره افکار، احساسات و رفتارهای تغییر یافته و میزان دستیابی به اهداف، برجسته‌سازی قابلیت‌ها و توانمندی‌های زوجین. اشاره به در دسترس بودن درمان در آینده و توضیح زمان و تاریخ جلسات پیگیری.

جلسه نهم: داشتن ارتباط درست و صادقانه و ایجاد تغییر، بررسی راه‌حل‌های برطرف‌کننده شکایات. هدف: آموزش نحوه درست برقراری ارتباط توأم با صداقت، عشق و احترام، آشنایی با تأثیر پیام‌های غیرکلامی. زوجین دریابند که از یک واقعه، تعبیر متفاوتی وجود دارد و بتوانند تلقی خود از مشکلات را به شکل مفیدتر تغییر دهند. روش: بررسی تکلیف، گفتگو درباره چگونگی مواجهه با ناکامی و واکنش‌های دفاعی، برچسب زدن و توجه به باورها و افکار غیرمنطقی. شناسایی و برجسته‌کردن توانایی‌ها و استعدادها و زوجین. بحث در مورد امکانپذیر بودن

ادامه جدول (۲)

تغییر. تکلیف درون‌جلسه‌ای: استفاده از فن مجسمه‌سازی. بحث در مورد توانایی‌ها و استعدادهای زوجین. تکلیف میان‌جلسات: عدم انتقاد و تحقیر، تحسین و قدردانی از فعالیت‌های مثبت همسر، یادداشت توانایی‌های خود و تفکر درباره خودگویی‌ها.

جلسه دوم: تمرکز بر زمان حال. تبدیل مشکل به اهداف قابل‌حصول، حمایت از زوجین و کارکردن روی نقش‌ها. هدف: زوجین اهداف خود را به صورت مثبت، ملموس و عینی تدوین کنند. بررسی علل مشکل، ایجاد روحیه احساس مسئولیت. روش: بررسی تکالیف. گفتگو درباره تغییرات (مثبت یا منفی) که زوجین هفته قبل در روابط، رفتار و عواطف خود احساس کرده‌اند. تکلیف درون‌جلسه‌ای: ایفای نقش برای نشان‌دادن روابط و تعاملات زوجین. بحث درباره موارد مثبت زندگی. تکلیف میان‌جلسات: زوجین تغییرات و انتظاراتی که از همسرشان دارند را به صورت مثبت و دقیق نوشته و به جلسه آینده بیاورند.

ابزار پژوهش

مقیاس صمیمیت زناشویی تامپسون و واکر^۱: این مقیاس توسط الکسیس جی. واکر و لیندا تامپسون در سال ۱۹۸۳ ساخته شده که ۱۷ ماده دارد و برای سنجیدن میزان مهر و صمیمیت زوجین تدوین شده و توسط ثنایی (۱۳۷۹) ترجمه شده است. این مقیاس با ضریب آلفای ۰/۹۱ تا ۰/۹۷ از پایایی خوبی برخوردار است (واکر و تامپسون، ۱۹۸۳؛ به نقل از ثنایی، ۱۳۷۹). مقیاس صمیمیت با ضریب آلفای ۰/۹۱ تا ۰/۹۷ از همسانی درونی بسیار عالی برخوردار است. در ایران نیز اعتمادی و همکاران (۲۰۰۶) ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده برای این پرسشنامه را به ترتیب ۰/۹۶ و ۰/۸۵ گزارش کرده‌اند. موحدی و همکاران (۱۳۹۳) نیز ضریب آلفای کرونباخ تصنیف پرسشنامه مذکور را ۰/۹۷ و ۰/۹۶ به دست آوردند که حاکی از پایایی بسیار خوب این پرسشنامه است. نمره آزمودنی از طریق جمع نمرات سؤال‌ها و تقسیم آن بر عدد ۱۷ حاصل می‌شود. دامنه نمرات بر اساس مقیاس لیکرتی ۷ درجه‌ای، بین ۱ (هرگز) تا ۷ (همیشه) می‌باشد که نمره بالاتر نشانه صمیمیت بیشتر است (زارعی محمودآبادی، ۱۳۹۶). پایایی مقیاس صمیمیت زناشویی تامپسون و واکر در این پژوهش با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به دست آمد.

1- Walker & Thompson

تحلیل

در این پژوهش از معناداری بالینی^۱ استفاده شده است. معناداری بالینی به ارزش عملی یا اهمیت اثر مداخله‌ای که انجام شده، اطلاق می‌گردد. دو رویکرد عمده و پرکاربرد در معناداری بالینی عبارتند از رویکرد شاخص تغییر پایا^۲ و رویکرد مقایسه هنجارین^۳ (خجسته‌مهر و همکاران، ۱۳۹۴). برای تجزیه و تحلیل داده‌ها و ارزیابی کارایی، از روشهای ترسیم دیداری^۴ یا تحلیل نمودار گرافیکی^۵، بهبود تشخیصی^۶ و شاخص‌های شش‌گانه کارایی نیز استفاده شده است. برای سنجش عملیاتی کارایی بر اساس ملاک بهبود تشخیصی از مصاحبه ساختاریافته توسط یک روانشناس بالینی پس از پایان درمان و همچنین از پرسشنامه‌ها استفاده شد تا بهبود تشخیصی سنجیده شود. برای سنجش عملیاتی میزان کارایی بالینی نتایج پژوهش حاضر از ملاک‌های اینگرام، هایز و اسکات^۷ (۲۰۰۰؛ نقل از عباس‌پور، ۱۳۹۱) استفاده شد.

جدول (۳) ویژگی‌های جمعیت‌شناختی زوج‌های متقاضی طلاق را نشان می‌دهد.

جدول (۳) ویژگی‌های جمعیت‌شناختی زوج‌های متقاضی طلاق

زوج	سن	مدت ازدواج	تحصیلات		سابقه مصرف داروهای روانپزشکی		مصرف دارو در حین درمان		نوع درمان
			مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	
اول	۲۳	۳ سال	لیسانس	دیپلم	ندارد	دارد	نداشت	نداشت	GEFT
دوم	۳۴	۷ سال	دیپلم	دیپلم	ندارد	ندارد	نداشت	نداشت	GEFT
سوم	۲۷	۴ سال	لیسانس	لیسانس	ندارد	ندارد	نداشت	نداشت	GEFT
چهارم	۳۶	۸ سال	کاردانی	دیپلم	ندارد	ندارد	نداشت	نداشت	SSFT
پنجم	۲۹	۵ سال	دیپلم	لیسانس	دارد	دارد	نداشت	نداشت	SSFT
ششم	۳۴	۷ سال	لیسانس	لیسانس	ندارد	ندارد	نداشت	نداشت	SSFT

جدول ۴ و ۵ به ترتیب آماره‌های توصیفی زوج‌ها را در رویکردهای هیجان‌مدار-گاتمن و راهبردی-راه‌حل‌محور در مقیاس صمیمیت زناشویی تامپسون و واکر نشان می‌دهند.

1- Clinical significant
3- Normativ comparisions
5- analysis of graphical diagrams

2- Reliable change index
4- visual drawing
6- diagnostic improvements

7- Ingram, Hayes, & Scott

جدول (۴) روند تغییر مراحل درمان زوج‌های گروه رویکرد تلفیقی هیجان‌مدار-گاتمن در مقیاس

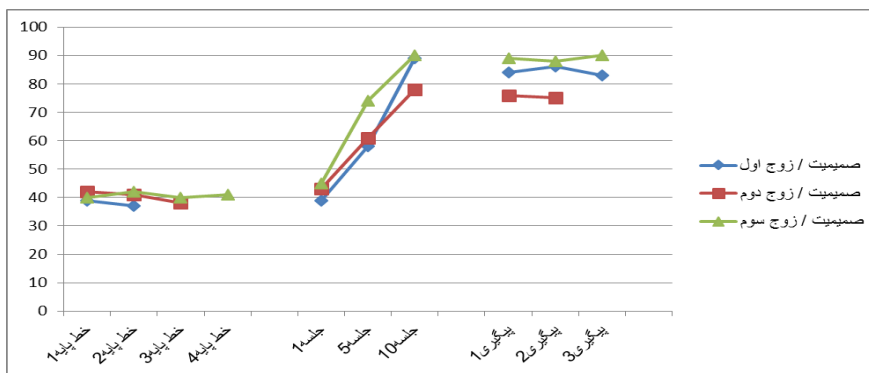
صمیمیت زناشویی تامپسون و واکر

شاخص تغییر پایا (پیگیری)	میزان بهبودی (پیگیری)	شاخص تغییر پایا (مداخله)	میزان بهبودی (مداخله)	پیگیری ۳	پیگیری ۲	پیگیری ۱	جلسه ۱۰	جلسه ۵	جلسه ۱	خط پایه ۴	خط پایه ۳	خط پایه ۲	خط پایه ۱	متغیر	زوج
۴/۵۳	۱۲۱/۹	۲/۳۵	۶۳/۳۱	۸۳	۸۶	۸۴	۸۹	۵۸	۳۹	-	-	۳۷	۳۹	صمیمیت	اول
۳/۵۴	۹۱/۹۶	۱/۹۹	۵۰/۴۲	-	۷۵	۷۶	۷۸	۶۱	۴۳	-	۳۸	۴۱	۴۲	صمیمیت	دوم
۴/۷۳	۱۱۸/۴	۲/۸۳	۷۰/۹۶	۹۰	۸۸	۸۹	۹۰	۷۴	۴۵	۴۱	۴۰	۴۲	۴۰	صمیمیت	سوم

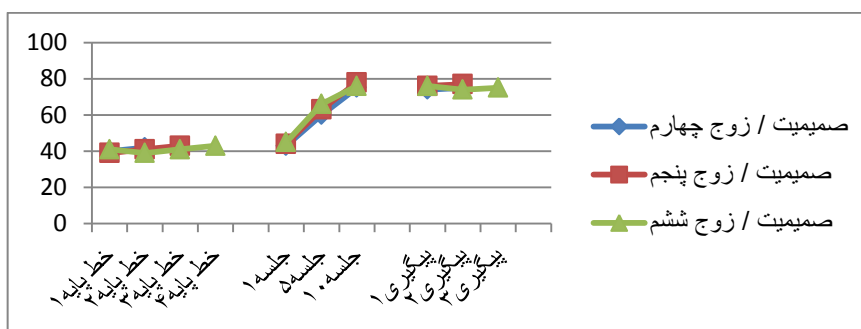
جدول (۵) روند تغییر مراحل درمان زوج‌های گروه رویکرد تلفیقی راهبردی-راه‌حل‌محور در مقیاس

صمیمیت زناشویی تامپسون و واکر

شاخص تغییر پایا (پیگیری)	میزان بهبودی (پیگیری)	شاخص تغییر پایا (مداخله)	میزان بهبودی (مداخله)	پیگیری ۳	پیگیری ۲	پیگیری ۱	جلسه ۱۰	جلسه ۵	جلسه ۱	خط پایه ۴	خط پایه ۳	خط پایه ۲	خط پایه ۱	متغیر	زوج
۳/۲۸	۸۱/۷	۱/۷۹	۴۴/۷۱	-	۷۵	۷۴	۷۵	۶۰	۴۳	-	-	۴۲	۴۰	صمیمیت	چهارم
۳/۴۷	۸۶/۵	۲/۰۲	۵۰/۳۹	-	۷۷	۷۶	۷۸	۶۳	۴۴	-	۴۳	۴۱	۳۹	صمیمیت	پنجم
۳/۳۳	۸۲/۹	۲/۱۱	۵۲/۹۶	۷۵	۷۴	۷۶	۷۶	۶۶	۴۵	۴۳	۴۱	۳۹	۴۱	صمیمیت	ششم



نمودار (۱) روند تغییر نمره‌های مقیاس صمیمیت زناشویی تامپسون و واکر در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری رویکرد تلفیقی هیجان‌مدار-گاتمن



نمودار (۲) روند تغییر نمره‌های مقیاس صمیمیت زناشویی تامپسون و واکر در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری رویکرد راهبردی-راه‌حل‌محور

یافته‌ها

بر اساس یافته‌های جدول (۴)، میزان بهبودی پس از جلسات درمانی رویکرد تلفیقی هیجان‌مدار-گاتمن در زوج اول، ۶۳/۳۱؛ در زوج دوم، ۵۰/۴۲ و در زوج سوم، ۷۰/۹۶ درصد و بطور متوسط ۶۱/۵۶ درصد بود. یعنی رویکرد تلفیقی هیجان‌مدار-گاتمن توانسته میزان صمیمیت زناشویی در زوج‌های اول، دوم و سوم را بطور چشمگیری افزایش دهد. میزان بهبودی زوج‌های اول، دوم و سوم در پایان مراحل پیگیری، افزایش یافته که نشان‌دهنده

تداوم درمان در زندگی روزمره زوجین است. جدول ۵ نشان می‌دهد میزان بهبودی پس از جلسات درمانی رویکرد تلفیقی راهبردی-راه‌حل‌محور در زوج چهارم، ۴۴/۷۱؛ در زوج پنجم، ۵۰/۳۹ و در زوج ششم، ۵۲/۹۶ درصد و بطور متوسط ۴۹/۳۵ درصد بود. یعنی این رویکرد درمانی توانسته میزان صمیمیت زناشویی در زوج‌های متقاضی طلاق را به‌طور چشمگیری افزایش دهد و به زندگی مشترک خود ادامه دهند. میزان بهبودی زوج‌های چهارم، پنجم و ششم در پایان مراحل پیگیری، افزایش یافته که نشان‌دهنده تداوم درمان در زندگی عادی زوجین است. طبق یافته‌های جدول‌های ۴ و ۵ رویکرد تلفیقی هیجان‌مدار-گاتمن ۱۲/۲ درصد بیشتر از رویکرد تلفیقی راهبردی-راه‌حل‌محور توانسته اهداف درمانی را تحقق بخشد که نشان‌دهنده اثربخشی بیشتر رویکرد تلفیقی هیجان‌مدار-گاتمن بر بازیابی صمیمیت زناشویی زوجین در مقایسه با رویکرد تلفیقی راهبردی-راه‌حل‌محور است. براساس طبقه‌بندی بلانچارد (پاپن^۱، ۱۹۸۹؛ نقل از عباس‌پور، ۱۳۹۱)، زوج‌های اول، دوم و سوم تحت مشاوره گروه رویکرد تلفیقی هیجان‌مدار-گاتمن، در طبقه بهبودی موفقیت‌آمیز در درمان (۶۱/۵۶ درصد) قرار دارند یعنی این رویکرد ۶۱/۵۶ درصد باعث افزایش صمیمیت زوج‌ها شده است. زوج‌های چهارم، پنجم و ششم تحت مشاوره رویکرد تلفیقی راهبردی-راه‌حل‌محور نیز در طبقه بهبودی موفقیت‌آمیز در درمان (۴۹/۳۵) قرار می‌گیرند یعنی این رویکرد ۴۹/۳۵ درصد در افزایش صمیمیت زوج‌ها مؤثر بوده است. یافته‌ها نشان می‌دهد که میزان صمیمیت در پایان درمان برای همه زوج‌ها افزایش قابل‌توجهی داشته و نشانگر این است که هر دو رویکرد درمانی میزان صمیمیت در زوج‌ها را نسبت به دوره قبل از درمان (خط پایه) افزایش داده‌اند. شاخص تغییر پایا برای زوج‌های اول، دوم و سوم به ترتیب ۲/۳۵، ۱/۹۹، ۲/۸۳ و برای زوج‌های چهارم، پنجم و ششم به ترتیب ۱/۷۹، ۲/۰۲، ۲/۱۱ به دست آمد که برای هر ۶ زوج (بجز زوج چهارم) بالاتر از مقدار $z = 1/96$ ($p < 0.05$) و همچنین این شاخص‌ها در پایان مراحل پیگیری برای هر ۶ زوج بالاتر از مقدار $z = 96$ است که بیانگر تأثیر معنی‌دار این رویکردهای درمانی بر افزایش صمیمیت زوجین می‌باشد. پایین بودن مقدار شاخص تغییر پایا در زوج چهارم (گروه مدل تلفیقی راهبردی-راه‌حل‌محور) از ارزش Z یعنی ۱/۹۶، حاکی از معنادار نبودن مداخله درمانی از نظر بالینی به‌لحاظ آماری می‌باشد.

1- Poppen

اگر شاخص تغییر پایا به دست آمده مساوی یا بزرگ‌تر از $1/96$ باشد، با 95 درصد اطمینان ($p < 0/05$) می‌توان نتیجه گرفت که تغییر یا بهبودی به‌دست آمده ناشی از اثر مداخله است و تصادفی نمی‌باشد (ایمانی، ۱۳۹۱).

نمودار ۱ تحلیل دیداری داده‌های به‌دست آمده از رویکرد تلفیقی هیجان‌مدار-گاتمن مربوط به زوج‌های اول، دوم و سوم در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری را نشان می‌دهد. این نمودار روند تغییر نمره‌های مقیاس صمیمیت زناشویی تامپسون و واکر در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری رویکرد تلفیقی هیجان‌مدار-گاتمن را نشان می‌دهد. صمیمیت در زوج‌های اول، دوم و سوم در خطوط پایه خیلی پایین (مرز 40)، در جلسات مشاوره شیب صعودی داشته (مرز 90) که این روند در جلسات پیگیری ادامه داشته (حدود 90) و بیانگر تأثیرات و موفقیت درمانی است. نمودار ۲ تحلیل دیداری داده‌های به‌دست آمده از رویکرد تلفیقی راهبردی-راه‌حل‌محور مربوط به زوج‌های چهارم، پنجم و ششم را در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری را نشان می‌دهد. این نمودار نیز روند تغییر نمره‌های مقیاس صمیمیت زناشویی تامپسون و واکر در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری رویکرد تلفیقی راهبردی-راه‌حل‌محور را نشان می‌دهد. صمیمیت در زوج‌های چهارم، پنجم و ششم در خطوط پایه خیلی پایین (مرز 40)، در جلسات مشاوره شیب صعودی داشته (حدود 80) که این روند در جلسات پیگیری ادامه داشته (بیش از 75) و بیانگر تأثیرات و موفقیت درمانی است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف هم‌سنجی اثربخشی رویکردهای تلفیقی هیجان‌مدار-گاتمن و راهبردی-راه‌حل‌محور بر بازیابی صمیمیت زناشویی در زوجین متقاضی طلاق در شهر پلدختر انجام گرفت. یافته‌ها نشان داد که مدل تلفیقی هیجان‌مدار-گاتمن باعث بازیابی صمیمیت در زوج‌های متقاضی طلاق می‌گردد. یافته‌های این پژوهش با یافته‌های زارعی و همکاران، ۱۳۹۷ (افزایش صمیمیت زناشویی)؛ مدنی و همکاران، ۱۳۹۶ (اثربخشی مدل هیجان‌مدار-گاتمن بر احساس تنهایی)؛ مدنی و همکاران، ۲۰۱۷ (کیفیت رابطه زناشویی)؛ داودوندی و همکاران، ۱۳۹۶ (سازگاری زوجها)؛ هواسی و همکاران، ۲۰۱۸ (کاهش فرسودگی زناشویی و تغییر سبک‌های حل تعارض)؛ قاسمی و همکاران، ۱۳۹۷ (کاهش دل‌زدگی

زناشویی؛ آجلی لاهیجی و بشارت، ۱۳۹۶ (سازش زوجین)؛ عبادی‌راد و کریمی‌نژاد، ۱۳۹۶ (تعهد زناشویی)؛ محمدی و همکاران، ۱۳۹۶؛ حامدی و همکاران، ۱۳۹۲؛ اسدپور و همکاران، ۱۳۹۱؛ قادری و همکاران، ۱۳۹۴؛ حسینی، ۱۳۹۰؛ آری‌فر و همکاران، ۱۳۹۵ (افزایش صمیمیت زناشویی)؛ رجایی، ۱۳۹۴ (کاهش طلاق)؛ محرومی، ۲۰۱۳ (کاهش تعارضات زناشویی)؛ برادلی و فاروو^۱، ۲۰۱۳ (زوج درمانی هیجان‌مدار برای جادوگران)؛ جانسون و زوکارینی، ۲۰۱۰ (دلبستگی و سکس در زوج‌درمانی هیجان‌مدار)؛ جانسون، ۲۰۱۰ (تمرین زوج‌درمانی هیجان‌مدار)؛ هالچوک، ماکنین و جانسون، ۲۰۱۰ (سازگاری، بخشش و آسیب‌دلبستگی)؛ نیل ویسمن و همکاران^۲، ۲۰۱۷ (رضایت‌مندی و تعارضات روانشناختی)؛ ویب، جانسون و همکاران، ۲۰۱۷؛ ویب و جانسون، ۲۰۱۶؛ دالگلیش، ۲۰۱۴؛ جانسون و همکاران، ۲۰۰۰؛ ریان و گاتمن، ۲۰۱۳) مبنی بر کاهش مشکلات عاطفی و زناشویی همسو است.

در تبیین نتایج بدست‌آمده می‌توان گفت رویکرد تلفیقی هیجان‌مدار-گاتمن از موثرترین روش‌های درمانی برای کار با زوج‌های مشکل‌دار است. افراد در خانواده از هیجان‌ات‌شان آگاه نیستند یا اگر هم آگاه باشند، این هیجان‌ات را سرکوب کرده و آنها را ابراز نمی‌کنند، در نتیجه بین زوجین فضای مُردگی عاطفی بوجود می‌آید. در چنین فضایی، اعضای خانواده از هم فاصله می‌گیرند و اینگونه رفتارها، عاطفه و صمیمیت بین زوج‌ها را نابود می‌کند (جانسون، ۲۰۰۳). با توجه به اینکه هدف عمده رویکرد هیجان‌مدار کمک به زوجین برای شناسایی و ابراز نیازها و احساسات خود و تغییر دلبستگی ناایمن به دلبستگی ایمن و تمرکز آن بر بُعد هیجانی است و هیجان‌ات را عامل تغییر می‌داند (جانسون، ۲۰۰۷)، به زوجین کمک شد تا احساسات، هیجان‌ات (مثبت و منفی)، تمایلات اصلی، نیازها و نگرانی‌های دلبستگی ارضا نشده خود و شریک زندگی را شناسایی نمودند و آنها را به درستی ابراز کردند و از طریق در دسترس بودن و پاسخگویی هیجانی، تماس هیجانی و پیوند و دلبستگی ایمن بین زوج‌ها برقرار شد که این پیوند و دلبستگی ایمن پاسخگوی نیازهای درونی زوجین به امنیت، حمایت، صمیمیت و تماس هیجانی گردید. یکی از فرض‌های رایج و مشترک این دو رویکرد این است که مشکلات زناشویی از طریق الگوهای معمولاً تکراری در رابطه رخ

1- Brent Bradley & James Furrow

2- Neil Weissman et al

می‌دهد (گاتمن، ۱۹۹۹؛ جانسون، ۲۰۰۴) که این مداخلات (تغییر، اصلاح یا حذف این الگوها) باعث بهبودی در روابط هیجانی و صمیمیانه زوجین شد. کاهش بروز هیجان در زندگی زوجها منجر به فاصله از هم و صدمه دلبستگی، مشکلات تعاملی، افزایش تعارضات، کاهش صمیمیت و رضایت‌مندی و عدم خشنودی در زندگی زناشویی و نهایتاً منجر به میل به طلاق می‌شود (جانسون، ۲۰۰۷). از سوی دیگر، مدل گاتمن با تکیه بر مجموعه پروتکل‌ها و تمرینات ساختاریافته به مراجعان برای افزایش مهارت‌های اجتماعی (گاتمن و سیلور^۱، ۲۰۱۲) در تغییر رفتار مراجعان کمک فراوانی می‌کند. با توجه به اینکه تمرکز اصلی مدل گاتمن بر بُعد رفتاری می‌باشد و از آنجایی که زوج‌های ناسازگار، رفتارهای منفی را مقابله به مثل می‌کنند که این رفتار منفی به افزایش تعارض و ایجاد چرخه معیوب در زوجها منجر می‌شود (مدنی و همکاران، ۲۰۱۷)، این مداخله چرخه تعاملی منفی بین آن‌ها را قطع و باعث شد زوجین رفتارهای منفی و نامناسب (انتقاد و سرزنش یکدیگر، نادیده گرفتن، تحقیر کردن و...) را کاهش داده و در عوض رفتارهای مثبت (ارزش قائل شدن برای یکدیگر، همکاری در انجام روابط زناشویی، عشق‌ورزی، حمایت، احترام به یکدیگر، عدم مقابله به مثل، محبت و صمیمیت و...) را افزایش دهند. در این تحقیق با بازسازی رابطه و تقویت رفاقت زناشویی که هدف عمده زوج‌درمانی به روش گاتمن است (فتوحی و همکاران، ۱۳۹۷)، صمیمیت زوجین بازیابی و افزایش یافت. از این رهگذر، به زوجها کمک شد تا مدیریت تعارض و معنای داشتن حس مشترک و صمیمیت در رابطه را بیاموزند (گاتمن و سوانسون، ۲۰۰۲). در این پژوهش با کمک مفاهیم کلیدی مدل گاتمن مانند هفت اصل خانه امن رابطه^۲، شناسایی، خارج نمودن و ریشه‌کن کردن چهار سوارکار^۳ (انتقاد، تحقیر، جبهه‌گیری و دیوار سنگی) از زندگی زوجین، شاخص‌های طلاق، نقشه عشق و محبت (گاتمن، ۲۰۰۸)، مشکلات عاطفی زوجین کاهش یافت و در عوض صمیمیت بین آن‌ها افزایش قابل ملاحظه‌ای داشت. نظریه گاتمن و نظریه هیجان‌مدار بر اهمیت تعاملات آرام‌بخش تأکید دارند. در این پژوهش به زوجین کمک شد تا با خلق تعاملات آرام‌بخش فرصتی برای تعریف مجدد روابط صمیمانه ایجاد نمایند. همچنین به زوجین کمک شد تا تعاملات آرام‌بخش میان خودشان را افزایش

1- Silver

2- Sound Relationship House

3- Horsemen of the Apocalypse

دهند و بر مشارکت هیجانی سالم در هنگام مشاجرات تمرکز کنند. مشارکت هیجانی ایمن وسیله‌ای است تا همسران بتوانند به یکدیگر آرامش و اطمینانی دوباره ببخشند (گورمن، امانی و همکاران، ۱۳۹۳). به زوجین کمک شد تا با پردازش هیجان‌ات در بافتی ایمن، الگوهای تعاملی سالم‌تر و جدیدتر را به وجود آورند که سبب آرام‌شدن سطح آشفتگی و افزایش دوستی، صمیمیت و در پایان ارتباطی رضایت‌بخش‌تر (جانسون، ۲۰۰۷) در زوجها گردید.

یافته‌ها همچنین نشان داد که مدل تلفیقی راهبردی-راه‌حل‌محور باعث بازیابی صمیمیت در زوج‌های متقاضی طلاق می‌گردد. پژوهش‌های مختلفی اثربخشی این مدل بر افزایش صمیمیت و کاهش مشکلات زناشویی را نشان می‌دهد. این یافته با پژوهش‌های کوئیک؛ ۱۳۹۵ (مؤثر بودن رویکردهای تلفیقی راهبردی-راه‌حل‌محور بر افزایش روابط عاشقانه و تصحیح طلاق، درمان مشکلات جنسی نعوظ در مردان و ارگاسم در زنان)؛ واتزلوویک، ۱۹۹۲ (کاهش تنفر، مشکلات جنسی)؛ مارک، ۲۰۰۷ (بازسازی دلبستگی زوجین)؛ وینر داویس، ۱۹۹۲ (کاهش تعارض)؛ حسینی و همکاران، ۱۳۹۲ (افزایش صمیمیت)؛ اسزاپونیک و همکاران^۱، ۲۰۱۳ (افزایش تعامل)؛ وندی کی کیلام و بیل وبر^۲، ۲۰۱۳ (کاهش رفتارهای منفی و آزاردهنده)، فقدان ارتباط (ان‌جی‌کی پاریخ، ۲۰۱۲)؛ مدل صمیمیت در ازدواج (لاورنسی و همکاران، ۲۰۰۵)؛ کاهش مشکلات زوجها (الن کوئیک، ۲۰۱۲)؛ باندسی و همکاران، ۲۰۱۳؛ دی‌شاذر و آیسبارت، ۲۰۰۳؛ کوئیک و گیزو، ۲۰۰۷؛ داورنیا و همکاران، ۲۰۱۸؛ رنجبری، ۱۳۹۲؛ داوودی و همکاران، ۱۳۹۱؛ نظری و همکاران، ۱۳۹۴؛ شاکرمی و همکاران، ۱۳۹۴) همسو است. شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد افسردگی، اضطراب، اسکیزوفرنی، ترس، و سوء مصرف مواد به روان‌درمانی راهبردی-راه‌حل‌محور پاسخ داده‌اند.

در تبیین یافته‌های مربوط به اثربخشی رویکرد تلفیقی راهبردی-راه‌حل‌محور بر بازیابی صمیمیت زوجها می‌توان گفت که در جلسات مشاوره‌ای این مدل، با ایفای نقش برای نشان دادن روابط و تعاملات سالم، زوجین توانستند چگونگی برقراری ارتباط توأم با

1- Szapocznik José et al

2- Wendy K Killam and Weber

صمیمیت، صداقت، عشق و احترام و تأثیر پیام‌های غیرکلامی را درک کنند. زوجین آموختند که از یک واقعه، تعبیر متفاوتی وجود دارد و توانستند تلقی خود از مشکلات را به شکل مفیدتر تغییر دهند. با تأکید بر تغییر باورها و افکار غیرمنطقی، زوجین یاد گرفتند چگونه از باورها و افکار منطقی (کوئیک، ۲۰۱۲) استفاده کنند. زوجین با شناسایی و برجسته‌کردن توانایی‌ها و استعدادهای خود، آموختند که توانمندی‌های خود و همسر را شناسایی و آن‌ها را تحسین کنند و از انتقاد و تحقیر کردن یکدیگر دست بردارند. در جلسات درمان وقتی از زوجین خواسته شد تا به واسطه تکنیک تحسین، هر رفتار مثبت همسر خود را هر چند کوچک تحسین نمایند و بر نقاط مثبت همسرشان تأکید نمایند، زوجین توانستند با تحسین همسر خود، ارتباطات عاطفی و صمیمانه خود با شریک زندگی‌شان را بهبود بخشند و در نتیجه ارتباط بهتری با همسر خود برقرار نمایند. زوجین یاد گرفتند که خودگویی‌های مثبت داشته و بر موارد مثبت زندگی، به‌جای تمرکز بر مشکل (کوئیک، ۲۰۱۲) تأکید نمایند. در این مدل، کشف آرام استثنائات در زندگی زوجین موجب شد امیدواری به آن‌ها القاء شود تا نزدیک شدن به آینده بهتری را ببیند. در جلسات درمانی وقتی به‌واسطه تکنیک سوال استثناء زوجین توانستند زمان‌هایی را به یاد بیاورند که مشکلات ناشی از رابطه زناشویی با همسر خود را نداشتند، استخراج این لحظات بدون مشکل به مراجعان اجازه داد تا در آن موقعیت‌ها روابط صمیمی‌شان را به یاد آورند (پیکات، ۲۰۰۷) و کارهایی انجام دادند که در آن زمان‌ها انجام داده بودند و اکنون نیز همان‌گونه رفتار نمودند. در این مدل به‌واسطه سوالات درجه‌بندی، از زوجین خواسته شد تا میزان صمیمیت خود را بر روی یک مقیاس پیشرفت یک مسئله‌ی خاص یا مشکل را خارج و داخل درمان (لیتم، ۲۰۰۲) تعیین کنند. همسران اغلب بدون فکر کردن به یکدیگر پاسخ می‌دهند و در رفتارشان بدون به‌دست آوردن نتایج مطلوب پافشاری می‌کنند. همچنین به همسران کمک شد تا این مسأله که یکدیگر را مقصر بدانند را متوقف کردند و خود و همسران‌شان بر شناخت تأکید نمودند، الگوهای بی‌فایده را تغییر داده و به تعادل و صمیمیت بهتری (جنی استیل، ۱۹۹۷) رسیدند. یکی دیگر از فنون مداخله‌ای این رویکرد، گفتگو برای القای تغییر شناختی در زوجین با بهره‌گیری از پرسش معجزه‌آسا است (دی کاسترو و گاترمن، ۲۰۰۸). استفاده از این‌گونه

سوالات به مراجعان برای یافتن راهی متفاوت برای نگاه کردن به مسائل‌شان کمک کرد و توانست گام مهمی در بازیابی صمیمیت زوجین باشد. در جلسات درمان وقتی از پرسش معجزه‌آسا برای مراجعانی که نسبت به زندگی، همسر و آینده رابطه زناشویی خود ناامید بودند استفاده شد و به آن‌ها گفته شد تصور کنند اگر به یک‌باره معجزه‌ای اتفاق بیفتد و تمامی مشکلات‌شان پایان یابد آنگاه چه اتفاقی می‌افتد، آن‌ها متوجه چه تغییراتی خواهند شد و چطور تشخیص می‌دهند که مشکلات‌شان پایان یافته است (کوئیک، ۱۳۹۵)، این تکنیک به زوجین کمک کرد زندگی متفاوتی را تصور کنند که دیگر در آن مشکلی با همسر خود ندارند، تصویرسازی مطلوبی در ذهن‌شان ایجاد شد و در نتیجه به زندگی‌شان امیدوار شده و صمیمیت بیشتری باهم داشتند. بحث در مورد امکان‌پذیر بودن تغییر باعث شد تا زوجین در جهت مثبت (افزایش صمیمیت) تغییر نمایند و کمتر به فکر طلاق و تعارضات باشند. همچنین در نتیجه انجام تکالیف و تمرینات دو نفره با همسر که در جلسات درمان به آزمودنی‌ها ارائه شد تا در طول هفته با همسر خود انجام دهند (بهاری و بهرامی، ۱۳۹۴)، باعث صمیمیت، همکاری و مشارکت زوجین با همسران‌شان گردید و این مسأله خود باعث افزایش صمیمیت زناشویی و رضایت در رابطه شد. در مجموع فنون و تکنیک‌های رویکردهای تلفیقی هیجان‌مدار-گاتمن و راهبردی-راه‌حل‌محور در جلسات گروهی سبب گردید تا زوجین راه‌حل‌های مختلفی برای حل مشکلات‌شان پیدا کنند و در نتیجه‌ی بهبود و کاهش شدت مشکلات از میزان میل به طلاق آن‌ها کاسته شده و رضایت و صمیمیت بیشتری در رابطه با همسرشان احساس نمایند. زوجینی که تا دیروز فکر می‌کردند، مشکل آن‌ها پیچیده، غامض و وحشتناک است و راهی به جز طلاق ندارند، اکنون با شرکت در جلسات درمان امیدوار شده و متوجه شدند که توانایی‌های لازم برای حل مشکل خویش و افزایش صمیمیت، محبت و شادمانی را دارند.

در تبیین این یافته که رویکرد تلفیقی هیجان‌مدار-گاتمن نست به رویکرد تلفیقی راهبردی-راه‌حل‌محور هم در مراحل مداخله و هم در مراحل پیگیری اثربخشی بیشتری داشته است، می‌توان گفت علت اثربخشی بیشتر رویکرد تلفیقی هیجان‌مدار-گاتمن در پژوهش حاضر، اهمیت دادن به هیجانات و عواطف زوجین و استفاده از آموزش مفاهیم

کلیدی مدل گاتمن مانند اصل خانه امن رابطه، شناسایی و ریشه کن کردن چهار سوارکار آخرالزمان یعنی انتقاد، تحقیر، جبهه‌گیری و دیوار سنگی و از اصول کلیدی رویکرد زوج‌درمانی هیجان‌مدار جانسون مثل ایجاد یک اتحاد مشترک، نقش هیجان در روابط صمیمانه، نیازها و امیال مربوط به دل بستگی، تغییر از طریق تجربه هیجانی جدید و خلق چرخه‌های جدیدی با پیوندهای ایمن (آلن گورمن^۱، ترجمه امانی و همکاران، ۱۳۹۳) بود. این دو رویکرد توجه ما را به اهمیت بارز هیجان و ارتباطات هیجانی در سازمان‌دهی الگوهای تعاملی و تجارب مشخص کلیدی، در روابط نزدیک و صمیمی، جلب می‌کند. این رویکردها به جای ساده‌انگاری هیجان، به صورت بخشی از مشکل آشفتگی زناشویی، بر آن به‌عنوان عامل نیرومند تغییر تأکید می‌ورزند. طی سالیان اخیر، نقش بارز هیجان در کاهش آشفتگی زناشویی و زوج‌درمانی بیش از پیش مورد پذیرش واقع شده است (گاتمن، ۱۹۹۴). در دهه اخیر، لزوم پرداختن به هیجان در فرایند ترمیم رابطه روشن شده و شیوه‌ها و مداخلات خاص برای نشان دادن اثر بخشی آن در دسترس قرار گرفته است (جانسون، ۲۰۰۴). بنابراین، مداخلات باعث شد تا با پردازش مجدد احساسات، تمایلات و هیجانات، صمیمیت زناشویی بین زوجین بازسازی، جراحات دل بستگی التیام یافته، بافت‌های معیوب ترمیم و از ناامنی‌های دل بستگی آن‌ها کاسته و دل بستگی ایمن بین‌شان پرورش یابد. نظر به اینکه رویکرد درمانی هیجان‌مدار-گاتمن بر دسترسی به هیجانات برای افزایش صمیمیت و کیفیت روابط زوجین تمرکز دارد (دیوید، ۲۰۱۵)، دسترسی به هیجانات و ابراز و بیان آن‌ها توسط زوجین باعث افزایش و بازیابی صمیمیت بین‌شان گردید. اهداف زوج‌درمانی هیجان‌مدار که تغییر فرایندها و رویکردهای ارتباطی می‌باشد، از جانب محققان دیگر مورد حمایت است (گاتمن، ۱۹۹۴؛ سیمپسون، راهلز و فلیپس، ۱۹۹۶ به نقل از هاروی^۲، ۲۰۰۵). سرکوب احساسات و عدم ابراز صحیح آن‌ها می‌تواند به تخریب روابط صمیمانه منجر شود. به زوجین کمک شد تا نسبت به هیجانات و احساسات خود و همسرشان، آگاهی یافته، آن‌ها را چه مثبت و چه منفی به رسمیت بشناسند و بپذیرند. مثلاً وقتی احساس ناخوشایندی دارید، نباید از خودتان عصبانی شوید، در عوض به خودتان بگویید: حس من این است و قبولش دارم. همچنین زوجها متوجه شدند که بدن‌شان در مقابل هر احساسی چه واکنشی نشان می‌دهد. مثلاً وقتی انسان

1- Gurman

2- Harway

خجالت می‌کشد، سرخ می‌شود و هنگام عصبانیت، ضربان قلب بالا می‌رود. هر کدام از عکس‌العمل‌های بدنی فرد کلید شناسایی احساساتی است که در وی به وجود می‌آید (جانسون، ۲۰۰۸). مداخلات دیگر شامل بیان احساسات، عواطف و هیجانات به همسر بود و اینکه همیشه ضمیر «من» را به کار ببرند. وقتی می‌خواهید درباره‌ی احساس‌تان حرف بزنید، گفتن «من»، شما را قدرتمند می‌کند چون از طرفی ضریب امنیت رابطه را بالا می‌برد و از طرف دیگر نشان می‌دهد که شما مسئولیت احساسات خودتان را می‌پذیرید. گفتن جملاتی مثل: «تو باعث شدی من عذاب وجدان بگیرم» غیر مستقیم یعنی سرزنش کردن طرف مقابل و مقصر جلوه دادن او. ابراز احساسات و تأثیرش را با گفتن: «من ناراحت هستم و عذاب وجدان دارم» دگرگون کنید. گفتن «من»، سه بخش را در برمی‌گیرد: احساس، رفتار و چرایی هردو. وقتی من به کار می‌برید، در واقع ترکیبی از این سه بخش را انجام می‌دهید. تکنیک دیگر این دو رویکرد، مکتوب کردن احساسات است که یکی از مؤثرترین راه‌ها برای درک بهتر احساسات و هیجانات است. زوجین با نوشتن روزانه احساسات، استرس و اضطراب خود را کم نموده (جانسون، ۲۰۰۰) و صمیمیت بین‌شان افزایش یافت. بطور کلی نتایج حاکی از آن است که هر دو رویکرد تلفیقی، درمان‌های نیرمندی هستند اما با توجه به اینکه رویکرد تلفیقی هیجان‌مدار-گاتمن نسبت به رویکرد تلفیقی راهبردی-راه‌حل‌محور بر بازیابی صمیمیت زوجها اثربخشی بیشتری داشته است، می‌توان نتیجه گرفت برای بهبود مشکلات هیجانی و عاطفی زوجین از جمله صمیمیت، از رویکرد تلفیقی هیجان‌مدار-گاتمن به عنوان درمان مرجح استفاده گردد.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر، جامعه آماری شامل زوج‌های شهر پلدختر بود و در تعمیم نتایج باید جانب احتیاط رعایت شود. کم بودن تعداد نمونه، محدودیتی بود که شاید تا حدی نتیجه پژوهش را تحت تأثیر قرار دهد. بعلاوه، چون رویکردهای تلفیقی در کشور ما کمتر استفاده می‌شوند، از دیگر محدودیت‌های این پژوهش، کمبود منابع داخلی بود. پیشنهادات: ۱- با توجه به اینکه از دلایل زوجها برای مراجعه به مشاور؛ مشکلات هیجانی و عاطفی است، بنابراین پیشنهاد می‌شود برای حل مشکلات عاطفی و بازیابی صمیمیت زوجین متعارض و مستعد طلاق از هردو رویکرد تلفیقی هیجان‌مدار-گاتمن و راهبردی-

راه‌حل محور استفاده شود. با این وجود، رویکرد تلفیقی هیجان‌مدار-گاتمن در اولویت قرار گیرد. ۲- پیشنهاد می‌شود اثربخشی این دو رویکرد تلفیقی بر متغیرهای دیگر مربوط به خانواده و زوجها (رضایتمندی، تعارض، خیانت، میل به طلاق، شادکامی و...) بررسی و مقایسه شود. ۳- از این رویکردهای تلفیقی برای مشاوره قبل از ازدواج، مشاوره خانواده و زوجها، در کلینیک‌های مشاوره‌ای و روان‌شناختی جهت حل مشکلات زناشویی مثل ناسازگاری، کیفیت رابطه، خیانت، مشکلات ارتباطی، ترس از صمیمیت و کاهش میل به طلاق در زوج‌ها استفاده گردد.

سپاس‌گزاری

پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند تا از همکاری تمامی زوج‌های شرکت‌کننده در این پژوهش و مدیر مرکز مشاوره امید شهرستان پلدختر سرکار خانم پورتنی تشکر و قدردانی نمایند.

تاریخ دریافت نسخه اولیه مقاله: ۱۳۹۷/۱۱/۲۰
 تاریخ دریافت نسخه نهایی مقاله: ۱۳۹۷/۱۲/۲۵
 تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۰۲/۳۰

منابع

- آجلی لاهیجی، ل؛ بشارت، م.ع. (۱۳۹۶). تأثیر شرکت در برنامه روان‌آموزشگری مبتنی بر روی آورد سیستمی-رفتاری گاتمن در سازش‌یافتگی زوجی و احساس‌های مثبت زوجین. *آسیب‌شناسی، مشاوره و غنی‌سازی خانواده*، ۳(۱)، ۲۰-۱.
- آرین‌فر، ن. و اعتمادی، ع. (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی زوج درمانی یکپارچه‌نگر بر صمیمیت زناشویی زوجین آسیب دیده از خیانت همسر، *مجله پژوهش‌های مشاوره*، ۱۵ (۵۹)، ۲۷-۱.
- آیات قرآن کریم.
- امانی، ر. (۱۳۹۱). مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار، شناختی-رفتاری و تلفیقی شناختی-رفتاری-هیجانی بر سیر تغییر رضایت‌مندی زناشویی زوجین و افسردگی زنان شهر همدان، رساله دکتری رشته مشاوره خانواده.
- ایمانی، م. (۱۳۹۱). بررسی کارایی رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش و زوج‌درمانی رفتاری یکپارچه‌نگر در کاهش آشفتگی زناشویی و علائم اختلال اضطراب فراگیر زنان شهرستان ماهشهر. رساله دکتری مشاوره.
- برنشتاین، ف. و برنشتاین، م. (۱۳۸۴). *زناشویی درمانی از دیدگاه رفتاری ارتباطی* (ترجمه ح. پورعابدی‌نایینی و غ. ر. منشی)، تهران: انتشارات رشد.
- بشارت، م.ع. (۱۳۹۱). رابطه ترس از صمیمیت و رضایت زناشویی در نمونه‌ای از زوجین ایرانی: نقش تعدیل کننده سبک‌های دلبستگی. *دوفصلنامه مشاوره کاربردی*، ۱ (۲)، ۱-۱۸.
- بهراری، ف. و بهرامی، ا. (۱۳۹۴). مقایسه اثربخشی رویکرد راه‌حل-مدار با استراتژیک به شیوه گروهی بر میزان خودکارآمدی دانش‌آموزان دوره راهنمایی، *فصلنامه تعلیم و تربیت*، ۱۲۶، ۱۴۹-۱۳۱.
- پناهی، م.؛ کاظمی‌جمارانی، ش.؛ عنایت‌پورشهر؛ بابکی، م. و رستمی، م. (۱۳۹۶). اثربخشی زوج‌درمانی رفتاری-تلفیقی بر کاهش دل‌زدگی زناشویی و ترس از صمیمیت زوج‌ها، *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۳(۴۳)، ۳۹۲-۳۷۳.
- حسینی، ط.؛ امیری مجد، م. و قمری، م. (۱۳۹۲). اثربخشی مشاوره گروهی به شیوه راه‌حل‌مدار (SFT) در افزایش صمیمیت زناشویی زنان، *فصلنامه سلامت خانواده دانشکده علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری*، ۱(۴)، ۵۸-۵۲.
- حسینی، ب. (۱۳۹۰). مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌محور و راه‌حل‌محور بر بهبود مؤلفه‌های صمیمیت و سازگاری زناشویی زوجین و و ساختن مدل پیشنهادی، رساله دکتری.

- خجسته‌مهر، ر؛ احمدی قوزلوجه، ا؛ سودانی، م؛ شیرالی‌نیا، خ (۱۳۹۴). اثربخشی مشاوره زناشویی تلفیقی کوتاه‌مدت بر صمیمیت عاطفی و کیفیت زناشویی زوجین، *مجله روان‌شناسی معاصر*، (۲) ۱۰، ۴۰-۲۹.
- خجسته‌مهر، ر؛ محمدی، ر؛ سودانی، م؛ عباس‌پور، ذ (۱۳۹۷). تجربه زیسته فداکاری در ازدواج‌های پایدار (یک مطالعه پدیدارشناسی توصیفی روان‌شناسانه)، *مجله پژوهش‌های مشاوره*، شماره ۶۵، ۱۸۵-۱۵۰.
- داودی، ز؛ اعتمادی، ع؛ بهرامی، ف. و شاه‌سیاه، م. (۱۳۹۱). تاثیر رویکرد زوج‌درمانی کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور بر سازگاری زناشویی در زنان و مردان مستعد طلاق شهر اصفهان، *مجله اصول بهداشت روانی*، (۳) ۱۴، ۱۹-۹.
- دشت‌بزرگی، ز؛ عسگری، م. و عسگری، پ. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش شفقت خود بر میل به طلاق و نگرش‌های صمیمانه زنان متأهل مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره خانواده، *مجله دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۱۸، ۱، ۴۵-۳۸.
- رجایی، آ. (۱۳۹۴). بررسی اثربخشی زوج‌درمانی به روش گاتمن بر کاهش طلاق عاطفی، بهبود روابط کلامی - غیرکلامی و تحریف‌های شناختی بین فردی زوج‌های متعارض. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. دانشگاه فردوسی مشهد.
- رنجبری، م. (۱۳۹۲). مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌محور (EFCT) و راه‌حل‌محور (SFCT) بر شادمانی و نگرش‌های ارتباطی ناکارآمد زناشویی، *رساله دکتری*.
- زارعی، ا؛ برومند، ر؛ صادقی‌فرد، م؛ نجارپوریان، س. و عسگری، م. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر نظریه انتخاب و نظریه گاتمن بر افزایش صمیمیت زناشویی و کاهش تعارضات زناشویی در زنان متأهل، *مجله روان‌شناسی اجتماعی*، ۱۳، ۴۸، ۴۴-۳۳.
- زارعی‌محمودآبادی، ح (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش زوج‌درمانی مثبت‌نگر بر صمیمیت زناشویی و امید به زندگی زنان، *دو ماهنامه دانشکده بهداشت یزد*، ۱۶، ۲، شماره مسلسل: ۶۲.
- سازمان ثبت احوال کشور (۱۳۹۴، ۱۳۹۵، ۱۳۹۶).
- شاکرمی، م؛ داورنیا، ر؛ زهراکار، ک؛ طلائیان، ر. (۱۳۹۴). اثربخشی زوج‌درمانی گروهی کوتاه‌مدت راه‌حل - محور بر بهبود کیفیت روابط زناشویی زنان، *مجله علوم پزشکی رازی*، (۱۳۱) ۲۲، ۱۳-۱.
- صادقی، م؛ احمدی، س؛ بهرامی، ف؛ اعتمادی، ع. و پورسید، س. (۱۳۹۲). بررسی تأثیر آموزش به شیوه تحلیل رفتار متقابل بر سبک‌های عشق‌ورزی زوجین، *مجله پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری*، (۲) ۳، ۸۴-۷۱.

عبادی راد، س.م. و کریمی‌نژاد، ک. (۱۳۹۶). اثربخشی زوج‌درمانی شناختی-سیستمی گاتمنی بر تعهد زناشویی زوجین شهر مشهد. *مجله آسیب‌شناسی، مشاوره و غنی‌سازی خانواده*، ۳(۱)، ۷۵-۹۲.

عباس‌پور، ذ. (۱۳۹۱). اثربخشی درمان‌های شناختی رفتاری خانواده-محور و راه‌حل-محور بر افکار خودکشی‌گرایانه، علائم افسردگی، پیوستگی و انطباق‌پذیری خانوادگی اقدام‌کنندگان به خودکشی. *رساله دکتری مشاوره*.

فتوحی، س.؛ میکائیلی، ن.؛ عطادخت، ا. و حاجلو، ن. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر فراهیجان بازوج‌درمانی روایتی بر سازگاری و دلزدگی زناشویی زوجین متعارض، *فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی دانشگاه علامه طباطبائی*، ۹، ۳۴، ۱۰۱-۷۷.

خاکی، ا.؛ فرحبخش، ک.؛ معتمدی، ع.؛ اسمعیلی، م. و سلیمی بجستانی، ح. (۱۳۹۶). تدوین مدل آموزش زوج‌درمانی بوم‌شناختی چندبعدی به مشاوران مراکز مداخله در بحران سازمان بهزیستی (مطالعه کیفی با تمرکز بر کاهش میل به طلاق و تعارضات زناشویی)، *فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی دانشگاه علامه طباطبائی*، ۸ (۳۰)، ۲۵-۵۶.

قاسمی، ز.؛ میرزانیان، ز. و حیاتی، م. (۱۳۹۷). اثربخشی برنامه روان‌آموزشگری مبتنی بر روی‌آورد سیستمی-رفتاری گاتمن بردلزدگی زناشویی و باورهای ارتباطی غیرمنطقی زنان متأهل بانگرش به خیانت زناشویی، *مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری*، ۳، ۲۱، ۱۸-۱.

قدسی، م.؛ برآبادی، ح. و حیدرنیا، ا. (۱۳۹۷). اثربخشی روایت‌درمانی بر کاهش گرایش به طلاق و مؤلفه‌های آن در زنان با ازدواج زودهنگام، *فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی دانشگاه علامه طباطبائی*، ۹، ۳۳، ۷۳-۹۸.

کریمیان، ن. (۱۳۹۶). بررسی و مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی رفتاری‌التقاطی و درمان تصمیم‌گیری مجدد بر تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، *تعهد زناشویی و آشفتگی زناشویی زوجین متعارض سندج، رساله دکتری رشته مشاوره خانواده*.

کوییک، الن ک. (۱۳۹۵). *روان‌درمانی راهبردی راه‌حل‌مدار*. شاهمرادی، س.؛ صادقی، م.؛ فاتحی‌زاده، م.؛ میرنیام، ل. تهران: ساوالان (۲۰۰۸).

گال، م.؛ بورگ، و؛ گال، ج. (۱۳۹۶). *روش‌های تحقیق کمی و کیفی در علوم تربیتی و روان‌شناسی*. نصر، احمدرضا و همکاران (۱۳۹۶).

گورمن، الن اس. (۱۳۹۳). *راهنمای بالینی زوج‌درمانی*. امانی، ر.؛ مجذوبی، م.؛ سپهری‌فر، ص. همدان: مرکز نشر دانشگاهی بوعلی‌سینا (۲۰۰۵).

محمدی، م.؛ زهراکار، ک.؛ جهانگیری، ج.؛ داورنیا، ر.؛ شاکرمی، م. و مرشدی، م. (۱۳۹۶). بررسی کارآیی مداخله آموزشی مبتنی بر مدل گاتمن بر صمیمیت زناشویی زنان. *نشریه سلامت و بهداشت اردبیل*، ۸، ۱، ۷۴-۸۴.

مدنی، ی.؛ هاشمی گلپایگانی، ف. و غلامعلی‌لواسانی، م. (۱۳۹۶). ارائه مدل تلفیقی رویکرد هیجان‌مدار و گاتمن و اثربخشی آن بر احساس تنهایی زنان متأهل. *مجله پژوهش‌های مشاوره*، ۱۶(۶۲)، ۹۸-۸۰.

نظری، ع.م.؛ رسولی، م.؛ داورنیا، ر.؛ حسینی، ا.؛ و بابایی‌گرمخانی، م. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور بر فرسودگی زناشویی و میل به طلاق در زنان متأهل، *نشریه روان‌پرستاری*، ۳(۳)، ۵۲-۴۱.

هاروی، م. (۲۰۰۵). *راهنمای زوج‌درمانی*. ترجمه احمدی، خ.؛ اخوی، ز. و رحیمی، ع. (۱۳۹۵). تهران: دانژه.

Bartholomew, K., (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationship*, 7, 147-178.

Bond, C., Woods, K., Humphrey, N., Symes, W., & Green, L. (2013). Practitioner review: The effectiveness of solution focused brief therapy with children and families: A systematic and critical evaluation of the literature from 1990-2010. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(7), 707-723.

Bradley, Brent., Furrow James (2013). *Emotionally Focused Couple Therapy for Dummies*. John Wiley & Sons Canada, Ltd., p 1 .

Dalgleish, TL., Johnson, SM., Burgess Moser, M., Wiebe, SA., Tasca, GA. (2014). Predicting Key Change Events in Emotionally Focused Couple Therapy. *Journal of marital and family therapy*.

Davarniya, R., Zaharakar, K., Nazari, AM. (2018). The effectiveness of brief solution-focused couple therapy (BSFCT) on reducing couple burnout. *Journal of Research & Health Social Development & Health Promotion Research Center*, Vol. 8, No. 2, Pages: 123-131.

David, P. (2015). Wedding the Gottman and Johnson Approaches into an Integrated Model of Couple Therapy. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, Vol. 23(4), 336- 345.

De Castro, S., Guterman, JT. (2008). Solution-focused therapy for families coping with suicide. *Journal of Marital and Family Therapy*; 34,1, 93-106.

Descutner, C.J., & Thelen, M.H. (1991). Development and validation of a fear of intimacy scale. *Psychological Assessment*, 3(2): 218-225.

-
- Duba, J.D., Hughey, A.W., Lara, T., & Burke, M.G. (2012). Areas of marital dissatisfaction among long-term couples, *Adultspan Journal*, 11,39-54
- Ellen, K. Quick. (2012). *Core Competencies in the Solution- Focused and Strategic Therapies Becoming a Highly Competent Solution-Focused and Strategic Therapist*. Routledge Taylor & Francis Group. New York London.
- Fiske, H. (2002). *Applications of solution-focused Brief Therapy in Suicide Prevention*, 2(3), 185-197.
- Gottman, J. & Gottman, J. (2017).The Natural Principles of Love. *J of Family Theory & Review*, 9(1),7-26.
- Gottman, J.M. (1999). *The marriage clinic: A scientifically based marital therapy*. New York: W.W. Norton & Company.
- Gottman, J.M., & Gottmann, J. S. (2008). *Gottman method couple therapy*. In A.S.
- Gottman, J., & Silver, N. (2012). *What makes love last? How to build trust and avoid betrayal*. Simon and Schuster.
- Gottman, J., Swanson, C., Swanson, K.A. (2000). General Systems Theory of Marriage: Nonlinear Difference Equation Modeling of Marital Interaction. *Pers Soc Psychol Rev*, (4)6, 40-326.
- Greenberg, L., Warwar, S., Malcolm, W. (2010). Emotion-focused couples therapy and the facilitation of forgiveness. *J Marital Fam Ther*; 36(1):28-42.
- Halford, W.K. & Snyder, D.K. (2012). Universal processes and common factors in couple therapy and relationship education. *Behavior Therapy*, 43, 1-12.
- Havasi, N., Zaharakar, K., MohsenZadeh, F. (2018).A Study on Efficacy of Gottman Marital Therapy as a Group Method in Reduction of Marital Burnout. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 20(1), 15-25.
- Jenny Steele, J. (1997). Applying an integration of solution focused therapy and Family of origin therapy models in working with couples. [*Dissertation*]. University of Manitoba Winnipeg, Manitoba.
- Johnson, SM. (2010). *The practice of emotionally focused couple therapy*. Translated by Bahrami F, Azarian Z, Etemadi O. 2nd ed. Tehran: Danzheh Press, 257-259.
-

-
- Johnson, S., Zuccarini, D. (2010). Integrating sex and attachment in emotionally focused couple therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 36(4), 431-445.
- Johnson, S.M. (2003). The Revolution in couple therapy: A practitioner-scientist perspective. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29(3), 365-384.
- Johnson, S.M. (2004). *The practice of emotionally focused couple therapy* (2ndEd). New York, NY: Brunner-Routledge.
- Johnson, S.M. (2007). The contribution of Emotionally Focused Couple Therapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 37, 47-52.
- Johnson, S. (2008). *Hold me tight: Seven conversations for a lifetime of love*. New York, NY: Little, Brown.
- Johnson, S.M., & Greenburg, L.S. (1994). *The heart of the matter: Perspectives on emotion in marital therapy*. New York, NY: Brunner/Mazel.
- L'Abate, L., Cusinato, M., Eleonora, M., Colesso, W. & Scilletta, C. (2010). Model: Intimacy Relational. *Competence Theory*; 5: 223-230.
- Laurenceau, J.P., Barrett, L.F., & Rovine, M.J. (2005). The interpersonal process model of intimacy in marriage: A daily-diary and multilevel modeling approach. *Journal of Family psychology*, 19(2), 314-323.
- Lebow, J. (1997). The integrative revolution in couple and family therapy. *Family Process*, 36(1), 1-17.
- Lethem, J. (2002). Brief solution focused therapy. *Child and Adolescent Mental Health*; 7: 189- 192.
- Madani, Y., Hashemi Golpayegani, F., Gholamali Lavasani, M. (2017). Proposing an integrated model of emotional focused approach and Gottman model and its effectiveness on quality of marital relationship in married women. *Applied Psychological Research Quarterly*, 7(4), 73-88.
- Mahromi, F. (2013). [Study effectiveness of Gottman couple therapy method on patterns and relational beliefs of conflicting couples]. MS. Dissertation. Mashhad: Ferdowsi University of Mashhad, (Persian).
- Marc, F., Zola, M. ED. (2007). Beyond infidelity-related impasse: an integrated, systemic approach to couples therapy. *Journal of Systemic Therapies*, 26, 2, 25-41.

-
- Meunier, V. (2013). *How I Integrate Gottman Method Therapy and Susan Johnson's Emotionally Focused Therapy in My Work with Couples*. <https://www.gottman.com/blog/featured-blogger-vagdevi-meunier-psyd>.
- Montesi, JL., Conner, BT., Gordon, EA., Fauber, RL., Kim, KH., & Heimberg, E. (2013). On the Relationship among Social Anxiety, Intimacy, Sexual Communication, and Sexual Satisfaction in Young Couples. *Archives of Sexual Behavior*, 42(1), 81-91.
- Neil Weissman, Sonja V., Batten, Kathryn D., Rheem, Stephanie A., Wiebe, Rebecca M., Pasillas, Wendy Potts, Melissa Barone, Clayton, H., Brown & Lisa B., Dixon. (2017). The Effectiveness of Emotionally Focused Couples Therapy with Veterans with PTSD: A Pilot Study. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 1-17.
- Nelson T. (2001). Solution focused couplegroup. *Journal of Systemic Therapies*; 5: 4-2.
- Ng KM, Parikh S, Guo L. (2012). Integrative Solution-Focused Brief Therapy with a Chinese Femal College Student Dealing with Relationship Loss: *International Journal for the Advancements of Counseling*, online First; 5(4): 68-90.
- Odell, M., Butler, T.J., Dielman, MB. (2005). An exploratory study of client experiences of therapeutic alliance and outcome in solution-focused marital therapy. *Journal of Couple & Relationship Therapy*; 4 (1):1-20.
- Phillips, T.M., Wilmoth, J.D., Wall, S.K., Peterson, D.J., Buckley, R., & Phillips, L.E. (2013). Recollected parental care and fear of intimacy in emerging adults. *The Family Journal*, 21(3): 335-341.
- Pielage, S., Luteinjin, F; & Arrindell, W. (2005). Adult attachment, intimacy and psychological distress in a clinical and community sample. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12, 455-464.
- Pichot, T. (2007). Looking beyond depression. In T.S. Nelson & F.N. Thomas (Eds.), *Handbook of solution focused brief therapy: Clinical applications*. New York, NY: Haworth, 117-124.
- Radohl, T. (2011). Incorporating family into the formula: Family-directed structural therapy for children with serious emotional disturbance, *Child and Family Social Work*, 16, 137-127.
- Randall, C. Wyatt. (1998). *An Interview with John Gottman*.
-

-
- Siegel, J. (1992). *Repairing intimacy: An object relations approach to couples therapy*. New York: Aronson.
- Snyder, D.K., Castellani, A.M., & Whisman, M.A. (2006). Current status and future directions in couple therapy. *Annu. Rev. Psychol.*, 57, 317-344.
- Sobral, M.P., Teixeira, C.P., & Costa, M.E. (2015). Who can give me satisfaction? Partner matching in fear of intimacy and relationship satisfaction. *The Family Journal*, 23(3): 247-253.
- Szapocznik, J; Zarate, M; Duff, J; Muir, J. (2013). Brief Strategic Family Therapy: Engaging Drug Using/Problem Behavior Adolescents and their Families into Treatment, *Soc Work Public Health*. 28(0), 206–223.
- Walker, A.J. and Thompson, L. (1983). Intimacy and intergenerational aid and contact among mothers and daughters. *Journal of Marriage and the Family*, 45, 841-849.
- Wendy, K. Killam and Bill Weber. (2013). *The Effectiveness of Brief Strategic Family Therapy with At-Risk African American Adolescents*. Counseling.org/library, 703-823.
- Wiebe, S.A. Johnson, S.M. Burgess Moser, M. Dalgleish, T.L. Tasca, G.A. (2017). *Predicting Follow up Outcomes in Emotionally Focused Couple Therapy: The Role of Change*.
- Wiebe, S.A., & Johnson, S.M. (2016). A Review of the Research in Emotionally Focused Therapy for Couples. *Family Process*, X, 1-18.
- Worthington, E.L. (1998). *Dimensions of forgiveness*. Radnor: Templeton Foundation Press.
- Yoo, H., Bartle-Haring, S., Day, R.D., & Gangamma, R. (2014). Couple communication, emotional and sexual intimacy, and relationship satisfaction. *Jex Marital Ther.* 40(4): 275-93.